FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N° 132

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Février 1891, à 1 heure

Par ÉDOUARD VILPELLE

Né à Meaux, le 29 Septembre 1861

Ancien interne des hôpitaux

DE LA

CONDUITE A TENIR DANS LES CAS DE DYSTOCIE

DUE AUX ÉPAULES

Président : M. PINARD, professeur.

Juges { MM. TILLAUX, professeur.
KIRMISSON et RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

132

Année 1891 | THÈSE | N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Février 1891, à 1 heure

Par ÉDOUARD VILPELLE

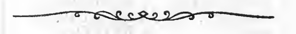
Né à Meaux, le 29 Septembre 1861
Ancien interne des hôpitaux

DE LA

CONDUITE A TENIR DANS LES CAS DE DYSTOCIE

DUE AUX ÉPAULES

Président : M. PINARD, professeur.
Juges { MM. TILLAUX, professeur.
KIRMISSON et RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégés



PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen .... M. BROUARDEL.

Professeurs .... MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TILLAUX.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	SEE (G.). POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.		SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SEGOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	RETTERER.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Au début de notre année d'internat à la Maternité de Beaujon, nous nous sommes trouvé fort embarrassé devant un accouchement difficile, que nous n'aurions pu mener à bien sans l'aide de notre cher maître M. le Dr Ribemont-Dessaignes. Il s'agissait d'un anencéphale dont la tête était sortie des organes génitaux; mais les épaules, malgré tout ce que nous pouvions faire, ne suivaient pas. M. Ribemont-Dessaignes vint à notre aide et termina rapidement l'extraction en dégageant un bras, ce que nous n'avions pu faire avant son arrivée ; il s'était servi du procédé qui fait le complément de la manœuvre qui porte son nom.

Ce fait excita vivement notre intérêt et nous inspira la curiosité d'entreprendre quelques recherches sur la dystocie due aux épaules.

Presque tous les auteurs classiques n'en parlent pour ainsi dire qu'en passant; tous s'occupent des difficultés de l'extraction du sommet, pour ne parler que rarement des difficultés que l'on rencontre dans l'extraction du tronc. Fouillant la littérature obstétricale française et étrangère, nous avons trouvé quelques mémoires et quelques thèses ayant trait à la question. Mais chacun ne traitait que d'un point particulier, les uns ne s'occupant que de

l'extraction de l'enfant vivant, les autres indiquant après la céphalotripsie ou la basiotripsie le moyen qu'ils employaient pour extraire le tronc, mais ne rapportant que d'une manière très écourtée ou même inexacte ce qu'avaient fait les autres accoucheurs avant lui. Nulle part, il n'existe donc de travail d'ensemble. Nous avons alors pensé qu'il ne serait peut être pas sans intérêt de réunir ces quelques notes et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Toutefois nous nous bornerons à étudier la conduite à tenir dans les cas de dystocie due aux épaules, dans les présentations de l'extrémité céphalique en laissant de côté les causes, les signes et le diagnostic.

Du reste, nous avons été fortement encouragé par notre excellent maître M. le Dr Ribemont-Dessaignes, qui, pendant l'année que nous avons passée comme interne à la Maternité de Beaujon, n'a cessé de nous prodiguer avec ses savantes leçons la bienveillance la plus affectueuse. C'est à lui que nous devons nos connaissances obstétricales. Qu'il nous permette de lui en exprimer ici notre profonde gratitude.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à tous nos maîtres dans les hôpitaux pour la bienveillance et les conseils éclairés qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Nous sommes redevables à M. le Dr Audhoui de nos premières connaissances médicales.

Pendant notre externat dans le service de M. le Dr A. Ollivier, à St-Louis et à l'hôpital des Enfants-Malades, nous avons mis à profit sa grande expérience pour l'étude des maladies de la peau et des enfants. Nous n'oublierons jamais ce qu'il a fait pour nous.

M. le Dr Nicaise, a été notre premier maître en chirurgie. A ses côtés, nous avons appris combien était grande l'importance de l'antisepsie.

Nous nous souviendrons toujours avec plaisir de l'année que nous avons passée dans le service de M. le professeur Brouardel. Il a été pour nous plus qu'un maître et nous tenons à le remercier ici des marques de sympathie qu'il nous a prodiguées.

Nous avons passé à l'hôpital de la Charité notre première année d'internat dans le servicee de M. le Dr A. Desprès ; nous avons largement usé de sa vaste expérience clinique et appris quelle importance avait le diagnostic en chirurgie.

M. le Dr Monod, à l'hôpital Saint-Antoine, ne nous a pas ménagé ses conseils éclairés et la confiance qu'il nous a maintes fois témoignée nous a souvent permis d'intervenir par nous-même. Qu'il veuille bien croire à notre bien vive reconnaissance.

Pendant notre internat chez M. le Dr Féréol, nous avons pu mettre à profit sa vaste expérience clinique, et la sûreté de son jugement. Nous lui devons une bonne partie de notre instruction médicale.

Nous ne saurions également trop remercier nos autres maîtres dans les hôpitaux. MM. les Drs Cuffer, Hutinel, Routier, Barth, Michaux, Gaucher et Brault, pour les conseils qu'il n'ont cessé de nous donner pendant le cours de nos études.

Que M. le professeur Pinard veuille bien agréer l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DE LA

CONDUITE A TENIR DANS LES CAS DE DYSTOCIE

DUE AUX ÉPAULES

INTRODUCTION

Il est une expression qu'il nous faut d'abord définir puisqu'elle reviendra souvent dans le cours de ce travail; c'est ce que, en accouchements, on comprend sous le nom d'épaules.

Par épaules, nous entendons deux choses, d'abord la partie supérieure de la poitrine et ensuite les épaules proprement dites avec la partie supérieure du bras y attenant.

Ces deux parties affectent une forme diamétralement opposée. En effet, la poitrine représente un tronc de cône à sommet supérieur et à base inférieure, tandis que les épaules proprement dites représentent plutôt deux

coins plus petits, à base supérieure, accolés sur les parties latérales de la poitrine. Ces différentes parties sont mobiles les unes sur les autres et on comprendra sans peine que plus les épaules descendront sur les côtés du tronc, c'est à dire se rapprocheront de sa base, plus elles s'éloigneront l'une de l'autre et plus le diamètre qu'elles présentent sera étendu. Si, d'autre part, elles glissent vers la partie supérieure de la poitrine, elles se rapprocheront de plus en plus, jusqu'à disparaître presque complètement, lorsque les bras seront relevés sur les côtés de la tête et que la saillie de l'épaule se logera dans les parties latérales du cou.

Le diamètre biacromial est le diamètre transverse maximum des épaules. Il est très variable, d'abord suivant le poids de l'enfant et ensuite suivant les enfants eux-mêmes. Léonet, dans sa thèse (1), rapporte de nombreuses mensurations des épaules ; nous y trouvons des différences de plusieurs centimètres entre le diamètre biacromial d'enfants de même poids.

Il est aussi assez difficile de le connaître exactement ; il augmente, en effet, de près de un centimètre après les premières inspirations. Cependant, on peut dire d'une manière générale que, chez les fœtus pesant en moyenne 3000 ou 3500 grammes, il mesure entre dix et onze centimètres.

Le diamètre antéro-postérieur ou dorso-sternal mesure de neuf à dix centimètres.

(1) *Mécanisme du dégagement des épaules dans les accouchements naturels avec présentation du sommet*. Th. Paris, 1889.

Les épaules peuvent être une cause de dystocie et créer un empêchement insurmontable à l'accouchement. C'est à la vérité un de ces cas que l'on rencontre rarement. La nature en effet semble vouloir parer à ce danger par la prédominance habituelle des diamètres du bassin de la femme sur ceux du fœtus et par la plasticité du corps fœtal en vertu de laquelle il peut le plus souvent s'adapter à la forme et aux dimensions de la filière pelvienne. Souvent les proportions du fœtus retardent son passage, mais ne l'arrêtent pas complètement. Cependant il peut présenter un développement tel que l'accouchement ne puisse se terminer spontanément. Cela se rencontre, d'une part chez les enfants dont le volume total est exagéré, et d'autre part chez certains autres qui, plus gros et plus courts, présentent un volume excessif du tronc et des épaules, bien que la tête ait conservé ses dimensions normales. Ce sont surtout les anencéphales chez qui le développement du corps peut prendre des proportions énormes. Les enfants macérés et infiltrés, qui par beaucoup de points sont à rapprocher des anencéphales quant aux mécanisme de leur expulsion, offrent souvent un développement de la poitrine et des épaules tel que ce soit une cause de dystocie. Ces cas sont assez rares. Mais il est plus fréquent pour l'accoucheur de trouver de la difficulté pour l'extraction du tronc après la réduction de volume de la tête dans les rétrécissements du bassin.

Les causes de cette espèce de dystocie, peuvent donc se ranger sous deux grandes classes : d'un côté le fœtus, qui est trop développé pour traverser un bassin normal,

d'un autre le bassin qui est trop étroit pour laisser passer les épaules et le tronc d'un fœtus de dimensions normales.

L'obstacle apporté par les épaules à la terminaison de l'accouchement peut se faire sentir dans deux cas bien distincts :

1° La tête est arrêtée dans sa progression par les épaules qui sont retenues à l'entrée du bassin ; elle reste dans l'excavation et ne se dégage pas.

2° La tête a franchi l'orifice vulvaire spontanément ou artificiellement et les épaules ne se dégagent pas.

Dans le premier cas, il n'y a rien du côté de la tête fœtale ni du bassin de la mère qui arrête la progression. Dans le second, ou le bassin est normal et la tête de dimensions moyennes, ou le bassin est rétréci et il a fallu réduire les diamètres de la tête.

Notre travail comprendra donc deux parties : Dans la première, nous établirons la conduite à tenir, lorsque la tête n'est pas dégagée.

La seconde sera consacrée à l'étude de l'intervention, lorsque la tête est dégagée ; elle comprendra plusieurs chapitres. Le premier indiquera le mode d'intervention, lorsque l'enfant est encore vivant, le second, lorsque l'enfant est mort et le bassin normal : enfin le dernier, lorsque l'on aura été obligé de réduire les diamètres de la tête par la basiotripsie.

PREMIÈRE PARTIE

De la conduite à tenir lorsque la tête est encore dans l'excavation.

Lorsque la tête est encore dans l'excavation le diagnostic de la dystocie due aux épaules est souvent fort difficile, quelque soin et quelque attention qu'on y porte. Des erreurs ont été commises, même par des accoucheurs les plus distingués et Stohl a fait remarquer que nombre de perforations du crâne ont été pratiquées pour de prétendus excès de volume de la tête qui n'étaient certainement que des excès de volume des épaules. En effet lorsque les épaules éprouvent de la difficulté à s'engager et à descendre dans le bassin, c'est justement pendant la période d'expulsion, que les effets de cette difficulté se font sentir, alors que les épaules appuyées sur le détroit supérieur empêchent l'effet de se transmettre sur la tête, d'agir sur elle et de l'expulser.

Aussi la part qui revient à cette cause de dystocie, vient-elle se confondre non seulement avec la résistance naturelle du vagin, du périnée et de la vulve, mais encore avec toutes les autres causes de dystocie que peut rencontrer la tête en s'engageant au détroit inférieur.

Ce n'est que par induction que l'on peut juger que ce

sont les épaules qui mettent obstacle à l'expulsion de la tête. Pour que cette hypothèse soit fondée, il faut réunir plusieurs conditions : d'abord que le bassin ne présente aucun vice de conformation; que la tête soit libre et peu serrée dans l'excavation; que les parties molles, périnée et vulve, ne paraissent pas, par leur rigidité anormale, mettre obstacle à sa sortie et que les efforts d'expulsion soient encore assez énergiques et assez fréquents pour paraître devoir terminer l'accouchement naturellement. Toutes ces conditions réunies, on peut fonder des présomptions que l'obstacle réside en grande partie au-dessus de la tête et sans doute dans la difficulté des épaules à suivre.

Cependant il faut agir et terminer l'accouchement si l'on ne veut pas voir le fœtus succomber. L'accoucheur dans l'espèce n'a qu'un seul procédé opératoire sur lequel il puisse compter absolument, l'application de forceps. Cependant on a proposé quelques autres moyens, nous allons les passer rapidement en revue avant de nous occuper du forceps.

I. — DU PROCÉDÉ DE LEVRET

Faut-il suivre les conseils de Levret (1) qui suppose le diagnostic posé, ce qui est assez rare. La version n'est praticable que dans quelques cas et encore, ce n'est que reculer la difficulté. Car il faudra toujours que les épaules traversent le bassin, que ce soit après ou avant

(1) *Suite des observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*, p. 4 et 19.

la tête, et dans la version on a plus de chances de voir les bras se relever et venir compliquer l'extraction.

Levret conseille aussi, et Desormeaux (1) semble approuver ce conseil, de mettre la femme dans la position génupectorale, de glisser la main entre la tête et les parois du bassin et de saisir l'épaule accrochée au niveau de l'angle sacro-vertébral, pour la tirer de côté et faire changer sa position. D'une part c'est là une manœuvre difficile, qui n'est souvent pas praticable. D'autre part, réussira-t-elle? Est-ce l'épaule, qui accrochée par l'angle sacro-vertébral, retarde l'expulsion? Jacquemier (2), en analysant l'observation même de Levret, a démontré que dans tous ces cas, les épaules sont toujours en bonne position et que c'est par leur volume seul qu'elles font obstacle à la terminaison de l'accouchement.

II. — CLAVICOTOMIE. — DÉGAGEMENT DES BRAS AVANT L'EXTRACTION DE LA TÊTE.

Un médecin italien, le Dr Frederico Fornari, dans une lettre au professeur Tito Livio de Sanctis, lettre reproduite dans le *Morgagni*, 1877 (3), propose de sectionner les deux clavicules avant l'extraction de la tête. Il s'appuie sur ce fait, que, dans la fracture de cet os, le moignon de l'épaule se rapproche de la ligne médiane et espère ainsi diminuer le diamètre biacromial et lui permettre de s'engager. Une application de forceps terminerait l'accouchement.

(1) *Dictionnaire de méd.*, en 21 vol.

(2) Du volume de la poitrine et des épaules du fœtus considéré comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique. Mémoire de l'Académie 1851, paru dans la *Gazette hebdomadaire*, oct. 1860, nos 40, 41, 43.

(3) *Il Morgagni*. nov., 1877, p. 858.

Ce moyen peut avoir du bon, quoiqu'il nous semble bien difficile d'aller couper la clavicule, la tête étant dans l'excavation. Il faudrait l'essayer à nouveau, car dans les mains de son inventeur lui-même, il n'a donné qu'un mauvais résultat et il a dû employer d'autres artifices pour faire l'extraction. Il eut alors l'idée de dégager les deux bras, la tête étant toujours dans l'excavation, et de s'en servir comme moyens de traction. Mais loin de descendre la tête remonta dans la fosse iliaque et ce fut une présentation du dos qui remplaça la présentation du sommet.

OBSERVATION I. — *Clavicotomie. Acromiontomie. Brachiotomie.* Lettre du Dr F. FORNARI au professeur TITO LIVIO DE SANCTIS.

Monsieur le Professeur,

Permettez-moi de vous raconter une grave opération obstétricale que j'ai faite hier soir. Le but de ma lettre n'est pas d'occuper une belle page du *Morgagni,* mais de publier seulement quelques considérations sur un fait pratique. Du reste, mon cher maître, faites de ces quelques notes improvisées l'usage que vous croirez le meilleur et si vous ne les jugez pas dignes d'être publiées, répondez-le moi en toute franchise.

Hier soir donc, je fus appelé par une de ces matrones à l'ignorance desquelles la société confie encore la vie de tant d'enfants et de tant de mères de famille. Elle m'apprit qu'une certaine Antonia Colluzzi, âgée de 41 ans, de squelette régulièrement conformé, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, multipare, et à qui j'avais fait une application de forceps il y a deux ans, était en travail depuis environ 40 heures, que la poche des eaux était rompue depuis hier soir (30 heures

auparavant), que le fœtus se présentait par le siège, que les douleurs quoique encore énergiques et fréquantes, ne laissaient pas espérer la terminaison spontanée de l'accouchement. Je me transportai sur les lieux accompagné de M. Alphonso Fontana, étudiant en médecine. Je trouvai la parturiente agenouillée près d'un coffre, sur lequel elle s'appuyait avec les bras, faisant pendant la contraction utérine des efforts incroyables. Elle avait le pouls petit et fréquent, la physionomie assez altérée et le corps baigné d'une sueur froide ; le fœtus était déjà mort, puisque nulle part je ne trouvai de double battement. A un deuxième examen, je ne rencontrai pas de vice de conformation du bassin. La tête était descendue dans le petit bassin en présentation du sommet en occipito-postérieure ; je ne puis dire si, au début, elle était en première ou en deuxième position ; mais je crois qu'il s'agissait d'une variété postérieure ou pour le moins transversale droite ou gauche et que, pour une raison inconnue, le mouvement de rotation interne de la tête, au lieu de s'effectuer d'arrière en avant vers le pubis, s'était fait d'avant en arrière, portant ainsi l'occiput au-devant du sacrum. L'extrémité cephalique avait des diamètres plus petits que ceux de l'excavation, et c'était tellement vrai qu'avec la main portée facilement entre les parois du crâne et le bassin, je pouvais faire exécuter à la tête un demi-tour de droite à gauche. Pour cette raison et parce que les douleurs étaient énergiques et fréquentes, je pensai que l'obstacle à la sortie du fœtus ne se trouvait ni dans l'utérus, ni dans la tête. Néanmoins, j'appliquai le forceps, mais en vain.

La crâniotomie était inutile, puisque, comme je l'ai dit, la difficulté de l'accouchement ne dépendait pas du volume exagéré de l'extrémité céphalique. La version pelvienne était impossible, la tête étant déjà descendue dans le petit bassin ; de plus, le tronc fermait le détroit supérieur, de manière à empêcher la main de se porter plus haut. Que faire en pareille circonstance ? Pour quelle raison l'accouchement ne pouvait-il se terminer ? Après réflexion et après un nouvel examen, je fus

convaincu que l'obstacle était dû au diamètre biacromial qui, très long, était placé comme une barre transversale sur le détroit supérieur, et coïncidait avec le grand diamètre de l'isthme du bassin. Alors, je me rappelai que dans la fracture de la clavicule, ce diamètre se raccourcissait par superposition des fragments, et bien que le fœtus fut mort, et à cause de cela, qu'il n'y eut plus de contraction musculaire possible, j'eus l'idée de couper, autant que faire se pouvait, obliquement les deux clavicules dans leur courbure à convexité antérieure. C'est ce que j'exécutai avec les ciseaux d'Asdrubal, en me guidant sur ma main glissée sur les côtés de la face. La double clavicotomie produisit un raccourcissement du diamètre des épaules, mais pas assez pour permettre son passage à travers le détroit supérieur. Je fis une seconde application de forceps, inutile comme la première.

A dire le vrai, je ne savais que faire : me creusant la tête et me rappelant ce mot « aux grands maux les grands remèdes », je voulus, suivant le conseil de Levret, Pensiander, Baudelocque, Lachapelle, dégager les deux membres supérieurs, espérant que, en tirant sur eux, par l'effet de la clavicotomie, je diminuerais encore le diamètre biacromial. Mais j'obtins un résultat bien différent de celui que j'attendais ; en effet, la tête au lieu de rester comprimée par les deux bras et de s'abaisser davantage, s'échappa pendant les tractions et remonta à travers le détroit supérieur dans la fosse iliaque gauche : en d'autres termes, j'eus un changement de présentation ; c'était alors une présentation du dos avec procidence des mains. La tête, comme je l'ai dit, se porta dans la fosse iliaque gauche (en avant), la face tournée en haut, le siège restait dans la fosse iliaque droite (en arrière) ; le dos regardait en bas, et le sternum en haut. Dans de telles conditions, il ne me restait plus qu'à faire l'embryotomie. Mais dès que le cou se trouva sur la ligne innominée gauche tout près de l'éminence iléo-pectinée correspondante, il fut impossible de l'accrocher pour l'abaisser et, par conséquent, de pratiquer la décollation. Alors j'essayai de changer la présentation [pour pouvoir exécuter la version

pelvienne ; j'y parvins incomplètement en repoussant en haut le bras droit, pendant que je tirais sur le gauche. La nouvelle présentation était une présentation de l'épaule gauche en première position, variété antérieure avec inclinaison scapulaire. Je ne pus à cause de cela traverser le détroit supérieur pour aller à la recherche des pieds.

Alors, comme dernier expédient, je pratiquai la double brachiotomie (comme le fit P. Dubois, *Gaz. méd. de Paris*, 1845). Suivant les préceptes de Hohl, je désarticulai avec les grands ciseaux obstétricaux, d'abord l'humérus gauche, puis le droit; je coupai aussi l'extrémité de l'acromion gauche avec lequel j'amenai le fragment externe de la clavicule correspondante. J'exécutai alors la version avec la plus grande facilité.

Le diamètre du tronc était excessivement long, par suite d'un vice de conformation de l'omoplate, de la clavicule, du sternum ainsi que de la dernière vertèbre cervicale et de la première dorsale. Le plus grand, le biacromial, mesurait 5 pouces 2/3 (0,144), l'antéro-postérieur 4 pouces 1/2 (0,121).

Nous pouvons tirer les conclusions suivantes des faits que nous venons de raconter :

1° Si le diamètre biacromial est d'une longueur excessive, la clavicotomie est un moyen de réduction à tenter avant de penser à une opération plus grave.

2° Lorsque la tête est descendue dans l'excavation pelvienne, on peut produire un changement de présentation en faisant des tractions sur les membres supérieurs.

3° Dans la présentation de l'épaule, la brachiotomie, surtout lorsqu'elle est combinée avec la clavicotomie et l'acromiontomie, fait disparaître tous les obstacles qui pourraient s'opposer à la version podalique ; et à cause de cela, on doit la préférer à l'embryotomie, opération beaucoup plus difficile et beaucoup plus dangereuse.

Votre tout dévoué,

Dr FORNARI FREDERICO.

Segni, 10 oct. 1877.

Outre l'insuccès de la clavicotomie, nous voyons aussi dans cette observation, que le dégagement des bras avant que la tête ne soit extraite, peut exposer à des mécomptes et compliquer encore une situationbi en précaire. Ce dernier moyen est détestable à ce moment de l'extraction.

III. — DE L'APPLICATION DE FORCEPS

Tous les moyens que nous venons d'étudier sont détestables ; il ne faut même pas tenter de les essayer. Il n'y a alors qu'une seule chose à faire, c'est de chercher l'extraction de la tête et d'avoir recours à une application de forceps. C'est le seul et le meilleur moyen, quoique, comme le fait si judicieusement remarquer Jacquemier, il paraisse tout à fait irrationnel au premier abord.

Nous avons vu que souvent il est difficile de dire pourquoi la tête ne progresse pas. Est-ce la résistance du plancher du bassin, est ce un léger degré de rétrécissement, est-ce une brièveté naturelle ou accidentelle du cordon, ou toute autre cause qui met obstacle à l'expulsion de la tête, il n'y a qu'une indication possible : l'application de forceps. Dans la dystocie due aux épaules, comme dans tous ces cas, il faut extraire la tête en premier lieu et voir ensuite ce qui arrête le travail d'expulsion.

On pourrait craindre pour l'enfant, que l'extraction avec le forceps n'amène une distension du cou et par suite des lésions du rachis et de la moelle. Mais, comme l'ont fait remarquer Baudelocque (1), et après lui

(1) *L'art des accouchements*, 4e édit., 1808, t. II, p. 124.

Jacquemier (1), on voit qu'en tenant compte de la mobilité du cou et des épaules, et surtout de sa longueur, en la comparant aux dimensions du bassin, il n'est pas impossible que la tête puisse être extraite sans que les épaules aient bougé d'un seul millimètre. Supposons en effet le sommet engagé en position antérieure, il y aura peu de chemin à faire parcourir à l'occiput pour le ramener sous le pubis. Si c'est une position postérieure, le chemin à parcourir sera plus long, mais pourra encore s'effectuer sans danger pour le fœtus. M. Ribemont-Dessaignes (2) n'a-t-il pas démontré que les mouvements de torsion du cou du fœtus se passaient dans la colonne cervicale tout entière ; qu'en faisant congeler des fœtus le menton regardant directement en arrière, on ne trouvait aucune lésion de la moelle, aucun arrachement des nerfs cervicaux. Chez l'enfant qui vient de naître, on peut faire exécuter à la tête un arc de cercle d'une demi-circonférence, de manière que le menton corresponde à la colonne vertébrale, sans que l'enfant en soit incommodé, sans que même il pousse un cri, la seule façon qu'il ait de manifester la douleur. L'occiput peut donc être ramené sous le pubis. La hauteur de la symphyse n'excède pas la longueur du cou prise postérieurement et la distance qui s'étend du menton à la partie supérieure de la poitrine, lorsque la tête est renversée en arrière, égale au moins la longueur du sacrum. On voit donc qu'il est possible de dégager le sommet, quelle que soit sa position, sans que les épaules se soient engagées.

(1) *Loc. cit.*

(2) Anatomie topographique du fœtus. Th. Paris 1876.

Toujours, dans ces cas, l'application de forceps est aussi simple que facile. Mais l'extraction présente de grandes difficultés. Il faut déployer les efforts les plus énergiques et les plus soutenus et presque toujours il faut refouler le périnée en arrière pour arriver au dégagement complet. Aussitôt la tête dehors et abandonnée à elle-même, elle subit un mouvement de retrait très marqué et vient s'appliquer avec force contre le périnée.

L'observation suivante de Jacquemier en est un exemple bien typique.

Observation II. — Jacquemier. Du volume de la poitrine et des épaules considéré comme cause de *dystocie. Gaz. hebd.*, 1860, n° 40. — *Sommet en gauche. Arrêt de la tête causé par les épaules. Extraction de la tête avec le forceps et du tronc par le dégagement des bras.*

Dans le courant de mars 1848, je fus appelé, rue des Trois-Frères, pour terminer un accouchement laborieux ; il s'agissait d'une femme âgée d'une trentaine d'années, qui était en travail de son troisième enfant, et qui souffrait depuis environ dix-huit heures. La sage-femme qui l'assistait m'apprit que le travail avait marché assez vite jusqu'au moment où la tête avait commencé à s'engager dans le détroit inférieur, mais qu'à dater de ce moment et depuis environ dix heures, malgré les douleurs répétées et soutenues qui soulevaient déjà le périnée, l'expulsion n'avait plus fait de progrès sensibles. En effet, quoiqu'il n'y eût plus à ce moment que des contractions faibles et éloignées, le périnée restait légèrement saillant et la tête qui se présentait en position occipito-cotyloïdienne gauche, encore un peu oblique et aussi bien située que possible, commençait à s'engager sous l'arcade des pubis. Le périnée était souple et peu résistant ; le bassin, bien conformé, était large plutôt que moyen, d'ailleurs deux accouchements antérieurs où la période

d'expulsion avait été chaque fois très courte, bien que les enfants fussent d'un volume remarquable, excluaient l'idée d'un détroit inférieur resserré, ou d'un périnée très résistant. A en juger par l'état présent des choses, on pouvait croire à un défaut d'action de la part de l'utérus, bien que des renseignements précis ne me permissent pas de douter que les efforts d'expulsion avaient été longs et soutenus.

L'application du forceps fut, ce qu'elle est en pareil cas aussi simple que facile. Mais il n'en fut plus de même de l'extraction de la tête, qui, après avoir avancé de deux travers de doigt environ, offrit une résistance telle qu'il ne fallut pas moins d'une demi-heure d'efforts soutenus et énergiques pour amener les bosses pariétales au dehors, encore fus-je obligé de refouler en arrière le périnée avec la main pour la dégager entièrement. Si dès les premières tractions à l'aide du forceps, on devait soupçonner que la résistance était placée derrière la tête, cela devenait de toute évidence par l'accroissement de la résistance, à mesure que la tête était entraînée à travers le périnée et la vulve minces et souples : aussi mon premier mouvement fût-il de porter l'indicateur autour du cou, croyant y rencontrer le cordon. Je fus effrayé en reconnaissant que le cou de l'enfant avait dû supporter tous les efforts d'extraction. La tête ne fût pas plutôt abandonnée que, obéissant à un mouvement de retrait, elle vînt s'appliquer avec force contre le périnée. Quelques mouvements des lèvres et les battements du cœur annonçaient que le fœtus était vivant. La tête était d'abord si exactement appliquée contre les parties qu'il me fût impossible d'atteindre aux aisselles avec les doigts. Comme les tractions avec le forceps avaient ramené les doulenrs, je me décidai à tirer sur la tête dans le sens le plus favorable au dégagement des épaules pendant que je recommandais à la femme de faire des efforts d'expulsion.

Ces tractions, assez longtemps continuées, n'eurent d'autre effet que de rendre la base de la tête moins exactement appliquée contre le périnée. Je pus alors introduire la main en ar-

rière et porter l'indicateur sur l'aisselle qui se trouvait correspondre à peu près vers le milieu de la symphyse sacro-iliaque gauche. Mais il me fut impossible d'atteindre à l'aisselle qui était en avant. J'exercai de nouvelles tractions en embrassant la racine du bras avec la main entière et en agissant simultanément sur l'aisselle et sur la tête. Mais je n'obtins d'autre résultat qu'un léger mouvement de rotation : les épaules, qui jusque-là étaient restées dans leur situation oblique primitive, vinrent se placer, l'une dans la courbure du sacrum. l'autre derrière les pubis, débordant en partie au-dessus de leur corps. Entendant toujours les battements du cœur, j'avais de la répugnance a appliquer un crochet mousse sur l'aisselle accessible, et je me décidai à dégager le bras en retirant ma main. Je ne fus d'abord guère plus avancé, l'épaule située en avant faisant toujours obstacle. Après quelques manœuvres inutiles, comme je pouvais atteindre non l'aisselle, mais la partie moyenne du bras correspondant, je parvins à le dégager à son tour, et alors des tractions énergiques exercées sur les deux bras ne tardèrent pas à entraîner la partie supérieure du tronc à travers le détroit inférieur. Toutes ces manœuvres pour entraîner les épaules et degager les bras avaient duré plus d'une heure. L'enfant n'était pas dans un état de résolution complète, et au bout de huit à dix minutes, j'eus la satisfaction de le voir respirer pleinement. Mais j'avais fracturé vers sa partie supérieure, l'humérus situé en avant.

Cet enfant, du sexe masculin, était remarquable par son volume ; il pesait, y compris la serviette qui l'enveloppait, 5 kilogr. 500 gr. ; les dimensions des diamètres du crâne ne dépassaient pas très sensiblement celles d'une tête volumineuse ordinaire, mais la différence était des plus prononcées pour la poitrine dont le diamètre biacromial mesurait près de 16 centimètres.

Les suites de couches furent naturelles, et la fracture du bras se consolida promptement sans difformité, malgré le peu de soins apportés à maintenir les fragments.

Cependant il est des cas, et nous laissons à part le rétrécissement du bassin, où le forceps est impuissant à extraire la tête. Il faudra alors se servir du céphalotribe ou mieux du basiotribe, qui, après avoir broyé l'extrémité céphalique, offre seul une prise suffisante pour l'amener au dehors. C'est une nécessité à laquelle il faudra se résoudre même si l'enfant est vivant, il est plus rationnel de le sacrifier pour sauver sa mère.

Donc, si la tête s'arrête à cause des épaules dans une excavation de dimensions normales, application de forceps ; si, ce qui est rare, le forceps ne réussit pas, application du basiotribe.

DEUXIÈME PARTIE

De la conduite à tenir lorsque la tête est dégagée.

Il est important de ne pas confondre l'extraction de l'enfant vivant avec celle de l'enfant mort. Dans le premier cas, il faut s'abstenir de toute mutilation inutile et éviter, autant que possible, toute chance de lésion des membres.

Aussi étudierons-nous la conduite à tenir d'abord lorsque l'enfant est encore vivant, ensuite lorsqu'il est mort. Disons de suite que, dans la plupart de ces cas, c'est un macéré ou qu'il a subi la basiotripsie.

CHAPITRE PREMIER

Enfant vivant.

La tête est dégagée, ou bien spontanément, et alors l'expulsion a été lente, difficile et l'on a été obligé d'accrocher le menton et de refouler le périnée ; ou bien artificiellement à l'aide du forceps et avec beaucoup de difficulté. Mais elle ne retombe pas par son propre poids et reste solidement fixée par sa base contre les organes génitaux externes, signes qui indiquent que les épaules se trouvent arrêtées dans un point élevé du bassin, sinon au détroit supérieur. Cet état ne diffère guère de celui que l'on rencontre dans les applications de forceps sur des têtes volumineuses, lorsque l'utérus est en état d'inertie profonde. Aussi la première indication est-elle d'exciter les contractions utérines, qui, en s'unissant aux efforts volontaires de la mère, aident puissamment aux moyens artificiels d'extraction des épaules que nous allons indiquer. En effet, il ne faut pas trop se hâter ; une trop grande précipitation peut être aussi funeste qu'utile. Jacquemier rapporte entre autres, un cas dans lequel l'enfant a pu rester assez longtemps dans cette situation sans danger imminent, la circulation fœto-placentaire restant libre. Aussi, après avoir laissé aux forces de l'orga-

nisme maternel le temps de reprendre leur empire, ne doit-on intervenir que lorsqu'une expectation plus longue peut devenir dangereuse pour la vie de l'enfant.

I. — TRACTIONS SUR LA TÊTE

Le plus souvent on est obligé d'avoir recours à des tractions sur la tête dont la base, fortement appliquée contre la vulve, empêche de pénétrer plus avant. Le procédé le meilleur est indiqué par M. le professeur Tarnier (1). « On saisit la tête entre les deux mains en écartant les doigts pour prendre point d'appui à sa base et l'on fait quelques tractions en bas pour engager les épaules. Quand l'épaule antérieure apparaît sous la symphyse pubienne, on relève doucement l'enfant pour dégager à son tour l'épaule postérieure. Toutes ces tractions doivent être faites lentement ; car le dégagement brusque des épaules déchire assez souvent le périnée, alors même que la tête a franchi la vulve sans produire aucune lésion. »

Il est un point de pratique à signaler ici : il faut d'abord tirer directement en bas sur la tête, avant de faire la rotation externe, qu'on a tendance à exécuter trop tôt. C'est une faute : il faut laisser les épaules s'engager dans le sens du plus grand diamètre utile et ne les faire tourner qu'après leur complet engagement.

Lorsque le diamètre biacromial n'a pas une trop grande disproportion avec les dimensions du canal pelvi-génital, le dégagement se fait facilement en agissant de

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, article Forceps.

cette manière, mais s'il est plus étendu, il faut souvent faire des tractions très énergiques, quelquefois sans pouvoir arriver à un résultat satisfaisant, sans que les épaules s'abaissent. On rapporte quelques observations dans lesquelles la tête a pu être ainsi détachée du tronc ; ces tractions étaient alors exercées simultanément par plusieurs personnes. M. Pajot, dans sa thèse d'agrégation dit que le cou d'un fœtus à terme supporte pendant 30 minutes sans se rompre une traction de 60 kilogr. Dans une autre expérience, il fallut une traction de 78 kil. pendant 4 minutes pour que le cou cédat.

Le fœtus est vivant ; aussi faut-il agir avec assez de modération. En effet, outre les lésions que l'on pourrait déterminer du côté des os et de la moelle, il ne faut pas oublier que l'on a noté, après les tractions sur la tête, des troubles du côté du plexus brachial, des déchirures des muscles du cou, du sterno-mastoïdien en particulier.

D'un autre côté, les tractions sur la tête ne doivent servir qu'à donner du jour. Car à examiner à fond les choses, ce serait plutôt un mauvais moyen : « Elles serrent le nœud de la difficulté sans le défaire, quand elles ne peuvent pas la trancher en forçant le passage », fait remarquer Jacquemier. Cela est facile à comprendre. Nous avons vu, en effet, que la poitrine forme un tronc de cône à la partie la plus étroite de laquelle les épaules sont accolées. Si l'on exerce des tractions sur la tête, les épaules maintenues par les parois du bassin, glisseront sur une partie plus évasée de la poitrine que celle qu'elles occupaient primitivement, et le diamètre biacromial sera augmenté d'autant. Aussi, arrive-t-on à un

résultat contraire de celui que l'on voulait atteindre. Plus on entraîne la partie supérieure du tronc vers la partie inférieure du bassin dont les parois convergent pour former le détroit inférieur, plus ses dimensions augmentent. C'est le contraire qu'il faudrait obtenir, c'est-à-dire ramener les épaules vers le sommet plus rétréci de la poitrine.

Aussi faut-il être très modéré dans ces tractions sur la tête. Cependant on est obligé d'y avoir recours, mais elles ne doivent être qu'un moyen adjuvant pour permettre d'agir plus tard.

II. — Tractions sur les aisselles

Les tractions sur les aisselles produisent le résultat contraire à celui des tractions sur la tête. Lorsque la prise est bonne, elles font glisser l'épaule correspondante vers le sommet de la poitrine, l'engagent avant l'autre et diminuent ainsi le diamètre biacromial. Elles sont suffisantes souvent, mais surtout dans les cas simples d'anomalie dans l'expulsion du tronc dus à l'inertie utérine.

Si l'épaule n'est pas trop élevée, l'indicateur recourbé en crochet pourra facilement atteindre l'aisselle ; si elle est plus élevée, on a conseillé le crochet mousse. Cet instrument offre une prise solide qui permet d'exercer de puissantes tractions ; mais il n'est pas sans danger pour l'enfant vivant. Outre les lésions cutanées, on peut rencontrer des lésions du plexus brachial suivies de paralysies plus ou moins tenaces, ce qui, du reste, peut aussi

se rencontrer dans les cas où l'on ne s'est servi que de l'index (Bailly et Onimus) (1).

Aussi faut-il être très prudent dans ces manœuvres, d'autant plus que, souvent, elles sont infructueuses, soit qu'on ne réussisse pas à entraîner le tronc, soit qu'on ne puisse les pratiquer d'une manière satisfaisante. L'observation suivante montre néanmoins qu'elles peuvent réussir, si on les emploie en même temps que les tractions sur la tête.

OBSERVATION III (PERSONNELLE) — *Sommet en D. A. Lenteur de la période d'expulsion. Tractions sur la tête et l'aisselle postérieure.*

D. 27 ans, couturière, IIIpare, entre dans le service de M. Ribement-Dessaignes, le 16 octobre 1890.

2 accouchements antérieurs spontanés, s'étant faits très rapidement.

Dernières règles le 13 janvier.

Les premières douleurs apparaissent le matin à 10 heures.

Rupture spontanée des membranes, le soir à 8 heures 1/2.

Dilatation complète à 11 heures 1/2.

Sommet en D. A.

La tête ne descend que lentement et après qu'elle est apparue à la vulve, il faut au moins dix douleurs pour qu'elle soit complètement dégagée. Pourtant le périnée est souple et peu résistant ; il n'y a pas de circulaire. La tête reste alors appliquée contre la vulve malgré de nouvelles douleurs. Des tractions dégagent l'épaule antérieure sous le pubis et il faut aller accrocher l'aisselle postérieure pour la dégager.

Reste de l'expulsion facile. Périnée intact.

L'enfant, du sexe féminin, naît étonné et est ranimé assez facilement.

(1) Lésions graves du plexus brachial. *Arch. tocologie*, mai 1878.

Poids : 3590.	Longueur :		49 centim.
Diamètres de la tête :	O.F.	115	
	O.M.	135	
	B.P.	90	
	B.T.	80	
	S.O.B.	05	
Circonférences :	O.F.	34	
	S.O.B.	31	
	S.O.F.	32	

Le D. biacromial mesure 12 centim., et la circonférence 34 centim., autant que l'occipito-frontal.

III. — DÉGAGEMENT D'UN BRAS

Avec les tractions sur l'aisselle, on cherche un double avantage, diminuer le diamètre biacromial et permettre aux épaules de s'engager successivement. Ce double résultat sera obtenu d'une manière encore plus nette avec le dégagement des bras. De plus, les bras ainsi dégagés pourront servir de moyens de traction, qui, combinée avec les tractions que l'on exerce sur la tête, amèneront presque toujours l'extraction du tronc. D'après Pajot, il faudrait une traction de 37 kilog. pendant 4 minutes pour arracher le bras d'un fœtus à terme.

Nous ne saurions mieux faire que de rappeler les préceptes de Rœderer (1) pour la marche à suivre dans le dégagement des bras.

1° On saisit le cou d'une main et on élève la tête vers le pubis en la soutenant pour qu'elle ne retombe pas par son propre poids.

(1) *Éléments de l'art des accouchements*, 1765.

2° On porte l'autre main le long de la paroi postérieure du vagin dans la matrice, l'avançant jusqu'à l'épaule.

3° On coule ensuite les doigts depuis l'épaule jusqu'au pli du coude.

4° On y introduit les doigts que l'on plie en forme de crochet, ou, si l'on ne peut pas, on amène le bras en saisissant le coude.

5° Pour ne pas fracturer les os ni blesser le périnée, on ne tire pas en ligne droite, mais en décrivant un arc de cercle.

Cette manœuvre est assez délicate et l'on est exposé à fracturer l'humérus, surtout si l'on n'a pas pris bien soin de faire glisser le bras au-devant de la poitrine absolument de la même façon que l'on dégage les bras lorsqu'ils sont relevés sur les côtés de la tête dans l'extraction par le siège. Cet accident peut arriver aux plus habiles praticiens : il est peu grave. Les fractures de l'humérus chez le nouveau-né se consolident rapidement à l'aide d'une petite attelle en carton.

L'observation de Jacquemier que nous avons rapportée en est un exemple. Nous en avons trouvé une autre dans les registres de la maternité de Beaujon.

Observation IV (inédite). — Extraite des registres de la Maternité de Beaujon. — *Sommet en G.A. Application de forceps. Dégagement du bras postérieur. Fracture de l'humérus. Guérison.*

Vallas, secondipare, 23 ans, cuisinière, entre dans le service de M. Ribemont-Dessaignes le 20 avril 1886, à 10 h. du soir.

Un accouchement avant terme, terminé artificiellement. Enfant vivant.

Ses dernières règles sont apparues le 24 juillet 1885 : elle est donc à terme.

L'enfant vivant se présente par le sommet en G.A. Le bassin est normal.

Les premières douleurs sont apparues le jour de son entrée à 5 h. du soir et la dilatation est complète le lendemain 21 à 5 h. du matin ; rupture artificielle de la poche des eaux. Les contractions utérines se ralentissent et, à 7 h. du matin, on fait une application de forceps. Le dégagement de la tête est assez difficile. Après leur rotation interne, l'engagement des épaules paraît impossible.

La sage-femme de service cherche à engager l'épaule antérieure en abaissant fortement la tête.

Mais ses efforts sont inutiles ; elle va à la recherche du bras postérieur, qu'elle parvient à dégager ; mais au moment de la déflexion du bras, on entend un petit craquement. L'humérus s'est fracturé. Le bras antérieur est facilement dégagé. Le reste de l'expulsion ne présente pas de difficulté.

L'enfant violacé est ranimé rapidement ; c'est une fille qui pèse 4100 gr. Longueur totale.

D. biacromial. 16 cent.

On applique sur le bras deux attelles en carton recouvertes de ouate, que l'on fixe avec une bande de diachylon. Le 15e jour l'appareil est enlevé. Le cal est solide et l'enfant remue son bras facilement.

Suites de couches normales pour la mère, elle sort le 14 mai 1886.

Observation V (personnelle) — *Sommet en G.A. Lenteur de la période d'expulsion. Dégagement du bras postérieur sans fracture.*

Perot..., VIIIpare, 32 ans, journalière, entre dans le service

de M. Ribemont-Dessaignes le 19 décembre 1890, à 6 heures 1/2 du soir.

Régulièrement réglée depuis l'âge de 12 ans, elle est déjà accouchée 7 fois à terme.

Ses dernières règles datant du 13 mars dernier, elle a atteint le terme de sa grossesse sans avoir présenté d'accidents d'aucune sorte.

Les douleurs ont commencé à 2 heures de l'après-midi.

Au palper, le sommet est engagé en gauche, le dos à gauche et en avant, le siège au fond de l'utérus. On entend les bruits du cœur à gauche de la ligne médiane et au-dessous de l'ombilic. Au toucher, la dilatation est complète ; les membranes se rompent pendant l'examen ; le sommet engagé est en G.A. Bassin normal. Pas d'albumine dans l'urine. Périnée déchiré dans les accouchements antérieurs, très court ; rectocèle très marquée.

Malgré les douleurs vives et les efforts énergiques de la parturiente, la tête, qui est assez élevée, ne descend que très lentement et ne vient apparaître à la vulve qu'à 9 heures passées ; elle ne l'entr'ouvre que pendant les contractions et dans l'intervalle remonte assez haut dans l'excavation.

A 10 heures, voyant que l'expulsion ne se termine pas et que d'autre part les bruits du cœur commençent à se modifier, nous nous préparons à intervenir avec le forceps. Mais la crainte sans doute, fait redoubler les efforts ; quelques contractions plus énergiques se succèdent rapidement et nous voyons se dégager successivement le vertex, la fontanelle antérieure, les bosses frontales, les yeux, le nez ; quant au menton, il faut avec deux doigts aller le dégager à la commissure postérieure. La tête reste alors appliquée contre la vulve qu'elle obture complètement, la base de l'occiput contre le pubis et le menton sur le périnée.

Le temps de repos se prolongeant et la face de l'enfant commençant à devenir violacée, nous exerçons quelques tractions sur la tête, qui ont pour effet de l'éloigner un peu de la vulve.

Il n'y a pas de circulaire du cordon, mais les épaules ne se dégagent pas malgré de nouvelles tractions. Relevant la tête en haut, nous allons chercher le bras postérieur que nous dégageons. Dès lors l'expulsion se termine spontanément à 10 h. 20.

L'enfant, du sexe féminin, se ramine avec quelques flagellations il; pèse 3440 et mesure 50 centimètres.

Principaux diamètres de la tête ; O.F., 11,5 ; O.M., 14,5 ; B.P., 9 ; B.T., 8,5 ; S.O. B., 9.

La poitrine paraît très large ; en effet, le diamètre biacromial mesure 15 centimètres et l'antéro-postérieur 10 centimètres.

Le travail a eu une durée totale de 8 heures sur lesquelles presque la moitié a été employée pour l'expulsion.

Suites de couches normales ; sortie le 10e jour.

Dans l'observation précédente, nous n'avons pas été obligés de refouler le périnée en arrière pour arriver à dégager le menton, pour cette raison bien simple que le périnée n'existant plus en grande partie, ne pouvait venir coiffer la partie inférieure de la face. Nous ferons aussi remarquer que le dégagement de la tête s'est fait comme l'indique Jacquemier. Pendant le temps d'extension, ce n'est pas la partie supérieure de la nuque qui s'appuyait sur le pubis, mais bien la base de l'occipital qui a formé le pivot autour duquel la tête a tourné. Nous insisterons aussi sur la durée de la période d'expulsion qui a pris près de la moitié de la durée totale du travail.

IV. — APPLICATION DE FORCEPS SUR LES ÉPAULES

Bouchacourt (1), dans son article Dystocie du Dict.

(1) *Dict. encycl. des sc. méd.* art. Dystocie. Excès de volume, p. 308.

encyclopédique, propose de terminer l'accouchement par une application de forceps sur les épaules.

« Pourrait-on considérer comme téméraire, dans ces cas, avant le dégagement des bras, d'essayer l'application du forceps sur les épaules, pour en opérer la réduction et plus facilement l'extraction? En agissant avec prudence et de grands ménagements, peut-être pourrait-on obtenir une prise suffisante. »

Ce n'est là qu'une hypothèse qui ne s'appuie sur aucun fait. L'auteur ne cite à l'appui de sa proposition aucune expérience, aucune observation. Peut-être la prise sera suffisante pour que le forceps ne glisse pas et puisse amener l'extraction. Mais quelles lésions ne sera-t-on pas exposé à produire sur le fœtus, aussi bien sur les parties osseuses de la cage thoracique que sur les parties molles, le foie en particulier. Ne sera-t-il pas d'un autre côté difficile de faire l'application ? L'introduction des branches pourra peut-être se faire facilement, mais leur articulation, comment la fera-t-on ? La tête qui se trouve boucher presque la vulve, ne sera-t-elle pas très gênante et ne pourra-t-elle être un obstacle insurmontable à la terminaison de l'opération ? En outre l'enfant a beaucoup de chances de succomber pendant les nombreuses manipulations que nécessitera cette application.

C'est donc là un procédé qui n'est pas praticable et que l'on ne peut recommander. Peut-être pourrait-on l'employer après la décollation. Mais alors il serait plus rationnel, si l'on veut se servir d'un instrument autre que les mains, de prendre le basiotribe ou le crânioclaste, qui, bien appliqué, assurera une prise solide.

Tels sont les moyens indiqués par les auteurs, que nous trouvons presque tous relatés dans le mémoire de Jacquemier, à qui nous avons fait de nombreux emprunts. Cet auteur y trace pour l'extraction du tronc une ligne de conduite destinée à sauver la vie de l'enfant et nous suivrons ses conseils très sages : tractions sur les aisselles d'abord, dégagement successif des bras ensuite.

CHAPITRE II

Enfant mort. — Bassin normal.

Toutes ces manœuvres que nous venons d'indiquer, réussiront aussi à terminer l'accouchement lorsque le fœtus est mort. On pourra alors agir avec plus de hardiesse pour le dégagement des bras et pour les tractions que l'on peut exercer sur eux. Cependant il ne faut pas oublier que les membres des macérés s'arrachent facilement et que l'on peut ainsi perdre des moyens d'action si l'on n'agit pas avec prudence.

Toutefois, si le fœtus est trop volumineux, on pourra se trouver dans la nécessité d'avoir recours à l'embryotomie.

EMBRYOTOMIE

Il n'est pas douteux que cette opération ne soit quelquefois nécessaire pour terminer l'accouchement. Elle est surtout indiquée dans les cas de fœtus monstrueux ou de fœtus putréfiés et distendus par les gaz.

Ce n'est pas une opération réglée, et c'est le cas lui-même qui détermine le procédé à employer. Cependant il peut être très utile d'enlever les épaules avec les omoplates et les clavicules avant de faire toute tentative

d'extraction. Quelquefois l'éviscération est nécessaire et si l'on est appelé à enlever le sternum, il vaudra mieux diviser les cartilages costaux sur ses bords que couper les côtes à leur partie moyenne. Leurs fragments pourraient former des pointes aiguës capables de s'implanter profondément dans les tissus de la mère.

Nous rapporterons trois observations d'embryotomie, une de Stoltz, où l'on employa le crochet aigu, et où l'on fit ensuite l'éviscération ; une autre de Chailly-Honoré, où, après avoir sectionné la tête et un bras, on appliqua le céphalotribe sur le thorax; enfin une de Bailly, où le fœtus putréfié fut extrait par morceaux.

Observation VI (résumée). — Stoltz. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1857, nº 5. — *Présentation du sommet. Dystocie due à l'excès de volume des épaules. Arrachement de la tête et d'un bras. Embryotomie.*

L. S..., âgée de quarante-trois ans, constitution robuste, taille moyenne, mariée depuis douze ans, six couches faciles et heureuses ; la septième grossesse n'offrit rien de particulier, si ce n'est que le ventre parut excessivement volumineux, qu'elle se prolongeait au delà de son terme, au dire de la malade, et que les mouvements cessèrent d'être perçus trois jours avant l'accouchement, à la suite d'une chute qu'elle fit en allant à la garde robe. Le travail, à son début, ne présenta rien de particulier, et, vers six heures du matin, à la suite de contractions très énergiques, une bonne partie de la tête était dégagée, mais le fœtus n'avançait pas ; l'accoucheur essaya de la dégager complètement en introduisant successivement ses mains, et il parvint à extraire la tête et à dégager le bras gauche qui correspondait à la partie postérieure du bassin. Ne pouvant obtenir un succès plus complet, il envoya la patiente à la clinique

du professeur Stoltz. Il s'était écoulé cinq heures depuis les premières tentatives d'extraction ; le professeur commença par des tractions énergiques sur la tête et sur le bras qui n'eurent pour résultat que l'élongation du cou et l'arrachement presque complet du bras qu'il sépara du tronc d'un coup de ciseaux ; des tractions à l'aide d'un crochet aigu, guidé sur l'index de la main gauche et fixé sur la poitrine, n'eurent d'autre résultat que de déchirer les chairs, de fracturer quelques côtes et de déterminer la hernie du poumon correspondant. Le crochet retiré, il parvint, à l'aide de quelques doigts placés entre les côtes, à dégager l'épaule antérieure et la poitrine. Le fœtus n'avançant pas encore, il incisa la paroi du ventre avec des ciseaux de Smellie, et en retira une partie des viscères, ce qui lui permit de donner une direction oblique au reste du tronc, et rendit dès lors son extraction facile.

Poids de l'enfant : 5 kilogr. 600 gr. ; diamètre occipito-frontal, 15 centim. ; bipariétal, 11 centim. ; diamètre biacromial (l'épaule arrachée rapprochée), 21 centim. ; diamètre antéro-postérieur du thorax, 15 centim. ; diamètre bitrochantérien du bassin, 15 centim.

La mère succomba le dixième jour, avec des lésions fort complexes, déchirure complète du périnée, gangrène de la vulve et du vagin, symptômes de résorption purulente et putride.

Observation VII. — Chailly-Honoré. *Traité prat. de l'art des accouch.*, 2e édition, 1845, p. 461.) — *Dystocie par excès de volume d'un fœtus anencéphale chez une primipare âgée à bassin rétréci. Embryotomie. Guérison.*

Je fus appelé le vendredi 4 mars 1848 à 2 h. 1/2 de l'après-midi, rue d'Angevilliers, 6, par MM. les Drs Dop et Perdrix pour terminer un accouchement laborieux.

Depuis vingt-quatre heures les épaules d'un fœtus anencé-

phale monstrueux étaient retenues au détroit supérieur et elles avaient résisté aux tractions énergiques exercées sur la tête qui pour elle, avait pénétré facilement jusque dans l'excavation.

A mon arrivée, je tentai encore avec les mains quelques tractions sur cette tête ; mais je ne persistai pas, car la sensibilité du segment inférieur de l'utérus et des parties maternelles qui tapissent le détroit supérieur avait été tellement exagérée par la compression exercée pendant vingt-quatre heures par les parties fœtales, que ces tractions même modérées, faisaient pousser des cris à la patiente.

Ces tractions étaient d'ailleurs sans effet et n'auraient servi qu'à augmenter la contusion des parties molles et à déterminer ultérieurement les fistules vésico et recto-vaginales ou des abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal.

J'introduisis alors un crochet mousse jusqu'au détroit supérieur et je le fixai dans le creux de l'aisselle gauche, qui était située un peu en arrière. Mais je ne pus réussir qu'à abaisser un peu cette épaule, le reste du tronc restait comme cloué au détroit supérieur.

Dès lors nous vîmes que le seul moyen de sauver la mère était de pratiquer l'embryotomie. Cette résolution était d'autant plus facile à prendre que l'enfant avait cessé de vivre et que même eût-il été vivant, la monstruosite dont il était atteint, l'empêchait d'être viable. Je laissai donc le crochet engagé et je pratiquai à l'aide des grands ciseaux courbes la section du cou, puis celle de cette épaule, afin de me ménager plus de place dans l'excavation et au détroit supérieur.

La tête et le bras enlevés, je cherchai à saisir l'autre épaule; mais cela ne me fut pas possible. il fallut recourir au céphalotribe.

L'application de cet instrument ne présenta pas de difficultés. Les parties fœtales une fois réduites de volume, quelques tractions suffirent pour engager les épaules. Cela fait, je désarticulai l'instrument et je terminai l'extraction à l'aide de la main. Trois quarts d'heure après mon arrivée, tout était terminé.

Le tronc du fœtus ne présentait à noter que des dimensions considérables en tous sens. Le diamètre biacromial avait 16 centimètres 1/4 (6 pouces). Le poids du tronc, sans la tête, est de 4 kil. La longueur totale de la tête aux pieds, est de 50 centimètres.

On comprend qu'avec de semblables proportions et dans les dispositions où se trouvait la mère, l'expulsion de l'enfant ne pût s'opérer par les seules forces de la nature. En effet la mère est une demoiselle primipare, âgée de 43 ans, et chez laquelle il existe un rétrécissement notable du détroit supérieur.

Suites de couches presque normales avec parésie vésicale et fistule vésico-vaginale. Guérie.

Observation VIII (résumée) — Bailly. *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 23 juillet 1887. — *Note sur un cas d'embryotomie.*

D. Z..., secondipare, 26 ans, taille un peu au-dessus de la moyenne.

Début du travail le 25 septembre 1886, à terme, mais ne sent plus remuer depuis une semaine. Dilatation complète le 26 à 5 heures du matin. A 11 heures, la tête fœtale restant élevée, malgré la persistance des contractions, M. Bailly fait une application de forceps : tête facilement saisie, mais impossibilité de l'abaisser : elle résiste à des tractions très énergiques.

L'enfant étant mort et paraissant très volumineux, crâniotomie.

« L'extrémité céphalique broyée par mon céphalotribe, est alors amenée à la vulve, sans que je puisse toutefois la dégager entièrement. Elle reste obstinément appliquée contre la symphyse pubienne par son extrémité occipitale et retenue dans le vagin par son extrémité mentonnière. »

Section du cou facile avec le bistouri et les ciseaux de P. Dubois. Le vagin étant assez libre pour laisser passer la main, recherche d'un bras qui est amené au dehors, et au moyen duquel M. Bailly cherche à entraîner le tronc.

« Au bout de quelques minutes, ce membre me reste dans la main, arraché au niveau du coude. Le second bras extrait à son tour, éprouve le même sort après quelques tractions. A grand peine j'amène à la vulve un des membres abdominaux et m'en sers pour faire évoluer le fœtus ; mes efforts n'ont d'autre résultat que d'arracher la jambe au niveau du genou ».

L'état de contracture de l'utérus empêche de trouver l'autre membre inférieur.

A 2 heures, M. Auvard est appelé et opère sous le chloroforme.

La main droite introduite dans les organes génitaux, rencontre les débris des deux bras attenant au tronc, puis le tronc; le siège est au fond de l'utérus, le cou à l'orifice utérin, le dos à droite et en avant. Pied très difficile à trouver à cause de la rétraction utérine. M. Auvard craignant de l'arracher comme l'autre sans plus de résultat, ouvre, avec les ciseaux de P. Dubois, l'abdomen du fœtus au niveau de l'épigastre. Il veut d'une part, évacuer le liquide ascitique qu'il paraît contenir, d'autre part, et c'est là son but principal, « faire pénétrer à travers cette ouverture deux doigts dans la cavité thoracique, en ramenant leur extrémité au niveau du cou, de manière à pouvoir par leur aide guider la branche mâle du cranioclaste dans l'intérieur du thorax ».

Application de l'instrument sur l'épaule droite. La partie fœtale solidement saisie descend, mais se détache et est amenée seule au dehors. De même pour l'épaule gauche; troisième application sur la colonne vertébrale qui cède également.

Éviscération complète.

Une quatrième application amène la partie moyenne de la colonne dorsale. Une cinquième et dernière application faite sur la partie inférieure de la colonne lombaire, permet d'amener tout le reste du fœtus.

Durée, 35 minutes.

Suites de couches absolument normales.

CHAPITRE III

Extraction du tronc après la basiotripsie.

Dans ce chapitre, nous ne parlerons que des cas où l'on a dû réduire le volume de la tête pour lui faire traverser un rétrécissement du bassin, quelle que soit la cause ou la forme de ce rétrécissement. Le tronc peut suivre la tête spontanément ; mais il arrive aussi qu'il faille le dégager artificiellement. Nous passerons en revue tous les moyens que l'on a proposés pour mener à bien cette extraction et nous terminerons par la description de la manœuvre de M. Ribemont-Dessaignes, qui est la méthode de choix.

APPLICATION DU CÉPHALOTRIBE SUR LE THORAX

Quelle que soit la méthode suivie pour extraire la tête, il arrive souvent, surtout dans les rétrécissements extrêmes, que le tronc résiste. Si les tractions sur la tête et les aisselles ne réussissent pas, Pajot (1) et Tarnier (2) réappliquent le céphalotribe pour broyer le

(1) *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1e série, t. XXII, art. Céphalotripsie, p. 76.

(2) *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. XII, art. Embryotomie, p. 668.

thorax. Il est rare qu'une ou deux applications n'amènent pas le résultat désiré. Mieux vaut dans ce cas se décider en temps opportun à ce broiement que de faire sur la tête des tractions trop fortes qui amèneraient l'arrachement du cou. On peut alors se servir du céphalotribe comme instrument de traction, ou bien, comme le conseille Pajot dans la céphalotripsie répétée sans traction, on peut laisser à la nature le soin de faire l'expulsion.

Observation IX (résumée). Pajot (1). — *Céphalotripsie répétée sans tractions. Rétrécissement de 6 centimètres ; six broiements en deux séances ; succès.*

Elisa F..., 19 ans, primipare à terme, rachitique. Diamètre P.S.P. 6 centim. avec réduction.

A son entrée, 24 mai, en travail depuis la veille au matin, membranes rompues ; dilatation comme 2 fr. ; tête très élevée au-dessus du détroit supérieur ; contractions fréquentes, mais peu énergiques.

25 mai. Dilatation restée la même, enfant mort.

A 10 h. Perforation du crâne.

A 2 h. Orifice utérin plus dilaté ; trois broiements successifs sur la tête fortement saisie.

A 6 h. La tête descendue entr'ouvre la vulve, contractions énergiques et soutenues : « Une nouvelle application de céphalotribe amène sans difficultés la tête hors des parties génitales, mais les épaules sont retenues. On pratique la section du cou et l'on applique l'instrument sur le tronc. On exerce quelques tractions modérées ; une deuxième application amène l'épaule droite sous la symphyse, elle se dégage la première et l'extraction a lieu à 6 h. 3/4 ».

Enfant macéré, broiement complet de la tête, des deux premières cervicales et du sternum. Guérison.

(1) De la céphalotripsie répétée sans traction, ou méthode pour accoucher les femmes dans les rétrécissements extrêmes du bassin. 1863.

Observation X (résumée). — Pajot. *Loc. cit.* — *Rétrécissement de* 5 *centim. ; quatre séances, onze broiements ; expulsion spontanée ; succès.*

X...,20 ans,primipare,rachitique. Diamètre P.S.P., 5 centim. En travail depuis 36 heures au moment de son entrée ; présentation du sommet, tête très allongée plongeant dans l'excavation au point d'empêcher le doigt d'atteindre l'angle sacro-vertébral ; enfant mort.

Céphalotripsie répétée sans tractions ; trois broiements à 4 heures du soir, à 8 heures et à minuit. « Après ce troisième broiement la tête est venue sans difficulté ; mais pour le tronc, il était facile de comprendre qu'il ne sortirait pas plus spontanément que n'était sortie la tête. M. Pajot alla donc à la recherche d'un bras ; il fut extrait ; puis le céphalotribe fut appliqué sur le tronc et sur l'épaule qui restaient. Un broiement fut fait et un mouvement de rotation imprimé au tronc ; puis l'instrument retiré, on attendit encore. A 5 heures du matin, l'utérus se débarrassait spontanément du fœtus qui était de volume ordinaire. »

Guérison avec fistule vésico-vaginale.

Dans la première de ces deux observations, l'extraction fut faite par des tractions sur le céphalotribe. Dans la seconde, M. Pajot après avoir broyé le tronc, attendit l'expulsion spontanée, mais cette dernière se fit attendre depuis minuit, heure du dernier broiement céphalique, jusqu'à cinq heures du matin. Ne pourrait-on incriminer cette prolongation du travail pour la production de la fistule vésico-vaginale.

La céphalotripsie répétée sans traction prolonge inutilement le travail ; heureusement que maintenant, avec le basiotribe Tarnier, on termine l'extraction plus rapidement et que la malade peut ainsi éviter les fatigues d'un travail aussi long.

DE LA VERSION APRÈS LA CÉPHALOTRIPSIE

Pajot faisait la céphalotripsie répétée sans traction sur le tronc pour éviter les tractions assez fortes que l'on était obligé de faire sur la tête, tractions qui n'étaient pas toujours sans inconvénients pour les parties maternelles. Tarnier (1) et son élève Bertin, qui a exposé les idées de son maître dans sa thèse (2), ont conseillé un autre moyen. On n'exerce avec le céphalotribe que des tractions modérées. Si après deux ou trois tentatives au plus, la tête ne descend pas dans l'excavation, on va chercher les pieds et on termine l'accouchement par la version pelvienne.

Cette méthode, au moment où elle a été proposée offrait d'incontestables avantages. Pour la mère, elle permettait de faire moins d'applications de céphalotribe et d'exercer des tractions moins violentes et moins prolongées. Le travail était moins long. Du côté du fœtus, les membres abdominaux fournissent un point d'appui solide qui permet d'exercer des tractions énergiques. Si pendant les tractions, les bras se relèvent, ils trouveront de la place sur les côtés de la tête aplatie par le céphalotribe. Cette élévation des bras s'accompagne d'une

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Embryotomie, p. 668 et Th. agrég., 1860. Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire, et des procédés opératoires relatifs à cette extraction.

(2) Thèse, 1859. De la version comme moyen d'extraction du fœtus après la céphalotripsie.

élévation en masse de l'épaule, ce qui, comme il est facile de le voir, amène une diminution du diamètre transverse et supérieur de la poitrine. Le volume de la tête en est augmenté d'autant ; mais celle-ci ayant perdu son volume, sa forme, sa rigidité, est réduite en une poche molle et flexible qui permettra aux bras de se loger, et lorsque l'on en arrivera à lui faire traverser le rétrécissement, il sera possible au moyen des extrémités pelviennes, de diriger le fœtus de manière à offrir son plus grand diamètre aux plus grands diamètres du bassin.

Tels sont les avantages que l'on pouvait trouver à cette méthode au temps où, avec le céphalotribe, on était souvent obligé de faire plusieurs broiements pour amoindrir la tête.

L'objection la plus sérieuse et la plus valable que l'on puisse faire à ce procédé, c'est que l'utérus est souvent rétracté sur le fœtus et que la version sera ainsi rendue très difficile, comme cela est arrivé dans la cinquième observation de Bertin. Souvent même, elle sera impossible, sous peine de s'exposer à rompre l'utérus. Enfin la version est loin d'être praticable dans tous les bassins.

Le procédé de Bertin ne doit donc pas être tiré de l'oubli. Il n'a plus sa raison d'être. Quel est en effet l'accoucheur qui, après avoir solidement saisi la tête avec le basiotribe, irait se priver de ce moyen de traction pour essayer une version qu'il n'est pas sûr de terminer.

DÉGAGEMENT DU BRAS APRÈS DÉCOLLATION

Guéniot (1), dans son article Embryotomie du Dictionnaire encyclopédique, indique une pratique qui lui a réussi à plusieurs reprises.

Voici, du reste, comment il décrit sa méthode opératoire ; nous citons textuellement : « Après l'extraction de la tête, pratiquer sans délai la décollation, puis dégager successivement les deux membres supérieurs, en commençant par celui qui est situé le plus en arrière ; enfin tirer en bas sur ces deux membres à la fois pour entraîner au dehors le reste du fœtus. L'opération ainsi réglée devient alors relativement facile ».

Nous transcrivons l'observation qu'il rapporte dans son article, ainsi qu'une autre de Bailly. Toutes deux du reste ont été suivies de succès.

Observation XI. — Guéniot. *Loc. cit.* — *Crâniotomie. Décollation. Dégagement des bras pour terminer l'extraction.*

Il y a quelques années, ayant eu à diriger l'accouchement d'une dame primipare, dont l'utérus était transformé en une véritable grappe de fibromes, je constatai un jour que l'œuf venait de se rompre avant tout commencement de travail, alors que le col restait encore long et complètement fermé. Les pre-

(1) *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. Embryotomie, décollation à vue, p. 3, 22 nov. 1886.

mières douleurs ne se manifestèrent en effet que sept jours plus tard, et quand le fœtus était mort déjà depuis quatre jours. Le travail fut long et d'autant plus pénible que la parturiente avait déjà perdu toutes ses forces pendant la grossesse.

Dès que je crus une intervention opportune, je perforai le crâne et tentai l'extraction du fœtus. Mais la tête une fois dégagée, quelque persévérance que je misse dans mes tractions, il me fut impossible d'extraire les épaules : celles-ci restèrent inébranlablement fixées au détroit supérieur. Le cou était alors très tendu et la base de la tête fortement appliquée contre la vulve. Mes collègues Charpentier et Porak ayant bien voulu se joindre à moi pour compléter la délivrance, je commençai par me faciliter la voie en sectionnant le cou de l'enfant ; puis ayant été non sans grand peine à la recherche du bras postérieur que je parvins à entraîner avec un crochet, je renouvelai mes tractions, mais avec le même insuccès que précédemment. Malgré d'extrêmes difficultés pour le dégagement du second bras, ce n'est qu'après avoir attiré celui-ci au dehors, que de nouveaux efforts pratiqués sur les deux membres à la fois permirent d'extraire avec une facilité relative tout ce qui restait du fœtus. Ce dernier, tuméfié par les gaz de la putréfaction, offrait un développement énorme, en même temps qu'il exhalait une odeur infecte. C'est ce volume exagéré de toutes les parties fœtales qui, bien plus que les fibromes, avait constitué l'obstacle à la terminaison de l'accouchement.

Observation XII (résumée). Bailly. *Gaz. hôp.*, 1883, 11 décembre, p. 1132. — *Dystocie par excès de volume du fœtus chez une femme régulièrement conformée. — Avantage des tractions sur les bras pour opérer le dégagement du tronc, après la décollation du fœtus.*

Au mois d'août 1881, M. Bailly est appelé au village de S..., près Fontainebleau, pour terminer un accouchement laborieux.

C'est une femme obèse chez laquelle plusieurs tentatives de forceps auraient été faites par trois médecins.

On s'était également servi du crochet aigu ; on avait tenté la version podalique, mais vainement.

M. Bailly constate que le bassin est normal, mais que le fœtus est putréfié.

« Mes confrères me cédant la place, c'était à mon tour d'agir. Il n'y avait plus à songer au forceps et tout d'abord je pensai que le céphalotribe fenêtré trouverait une prise solide sur la base du crâne que je pouvais supposer entière.

Aussi, après avoir chloroformisé la malade, j'appliquai mon instrument sur le moignon de la tête; malheureusement les os de la base du crâne étaient eux-mêmes disjoints, mobiles, et mon céphalotribe dérapa. Cette ressource m'échappant, je ne voyais plus que la version pelvienne qui me permît d'avoir l'enfant, et je me mis en devoir de l'effectuer. L'introduction de la main eut pour premier effet d'ouvrir la porte à des gaz accumulés et la matrice se mit à détonner comme une pièce d'artillerie. J'essayai d'arriver jusqu'aux pieds, mais je fus bien vite arrêté par une résistance inévitable tenant à la rétraction puissante de l'utérus, surexcité par un travail infructueux de près de quatre jours ; il me fallut battre en retraite.

Ainsi plus de tête à saisir par le céphalotribe ou le forceps, version rendue impraticable par la résistance de l'utérus, telle était la situation : c'était embarrassant. Cependant je me remis bientôt de la première surprise que causent toujours les difficultés imprévues et je me dis qu'il fallait à tout prix sortir honorablement de ce mauvais pas. Le bassin était régulièrement conformé, je n'avais pas perdu tout espoir d'y faire passer l'enfant. J'avais, il est vrai, échoué dans un premier essai de version pelvienne ; mais je pouvais en tenter un second ; c'est ce que je fis.

Après m'être reposé pendant quelques instants, j'allai encore à la recherche des pieds, et ma main ayant rencontré un bras sur son chemin, l'idée me vint que je trouverais sur ce membre

une prise solide me permettant d'avoir l'enfant. J'abaissai donc ce premier bras et l'ayant enveloppé de linge pour le rendre moins glissant, je me mis à tirer dessus. Je sentis bientôt se produire une crépitation de rupture, indice d'un commencement de désarticulation de l'épaule, et sans en compléter l'arrachement, je suspendis mes efforts pour aller chercher le second bras que j'amenai également à la vulve. Tirant alors simultanément sur les deux bras, j'amenai au dehors, sans difficultés, un monstrueux garçon livide, fortement ballonné, dont la sortie fut encore accompagnée de force coups de canon tirés par la matrice. Ce fœtus privé de tête pouvait bien peser 4500. Guérison, mais après frissons et état fébrile. »

Comme on a pu le voir, et par le texte même de M. Guéniot et par les observations que nous rapportons, dans cette méthode, on n'abaisse les bras et on ne s'en sert comme moyens de tractions, qu'après avoir pratiqué la décollation. Nous insistons sur ce fait que l'on commence par la décollation.

Cette manœuvre peut avoir du bon ; mais nous lui ferons un reproche grave à notre avis. Pourquoi faire la décollation, pourquoi ne pas garder la tête qui pourra être si utile pendant les tractions que l'on sera obligé de faire pour terminer l'accouchement ? On complique inutilement l'opération et on perd une prise excellente. Cette manœuvre ne doit être employée que lorsque la tête, presque détachée du tronc, est plus gênante qu'utile.

MANŒUVRES DE RIBEMONT-DESSAIGNES

Nous arrivons maintenant à la manœuvre de M. le Dr Ribemont-Dessaignes destinée à favoriser l'extraction du tronc du fœtus après la basiotripsie dans les bassins très rétrécis. Elle a été imaginée pendant les expériences que faisait M. le professeur Pinard avec le basiotribe Tarnier. Indiquée dans ce travail (1), M. Ribemont-Dessaignes l'a décrite complètement dans les *Annales de gynécologie* (2).

Quelle est la manœuvre de Ribemont-Dessaignes ?

Elle consiste, une fois la tête extraite : 1° à engager, non plus simultanément, mais successivement les deux épaules et pour celà à dégager un bras et souvent les deux.

2° A exercer des tractions à la fois sur ce bras et sur la tête toujours saisie par l'instrument. On est alors tout surpris de la facilité avec laquelle le tronc s'engage dans la filière pelvienne et est amené au dehors.

Voilà en deux mots décrite cette manœuvre.

Voyons ce que chacun de ces deux points a de particulier : l'abaissement des bras et les tractions.

L'abaissement des bras est une manœuvre qui est

(1) Le basiotribe Tarnier. *Ann. gyn.* nov.-déc. 1884, janv. 1885.
(2) *Ann. gyn.*, août 1886 et nov. 1887.

bien ancienne, puisque, conseillée par Mauriceau (1), de la Motte (2) l'a mise en pratique deux fois avec succès dans des cas où les tractions sur la tête et les aisselles n'avaient pas réussi. Tombée dans l'oubli, plus tard elle a été remise en honneur par Jacquemier dans son mémoire sur la dystocie due à l'excès de volume des epaules. Mais ce n'était là qu'un procédé destiné à l'extraction de l'enfant vivant. Depuis lors elle a été conseillée dans la céphalotripsie; cependant beaucoup d'auteurs s'étendent longuement sur l'extraction de la tête et passent sous silence celle du tronc. Le professeur Tarnier (3) dit à propos de la céphalotripsie : « Quelle que soit la méthode suivie, quand la tête a franchi la vulve, il suffit d'ordinaire de faire quelques tractions sur elle pour dégager le tronc. Mais celui-ci résiste quelquefois ; la tête écrasée offre d'ailleurs une prise peu solide, et il devient souvent utile de placer sur le cou de l'enfant un lacet sur lequel on tirera, de chercher à dégager les bras au dehors, tant pour diminuer le volume des épaules que pour servir de moyens de traction ». Pajot (4) l'a mis aussi en pratique et l'on trouve dans les recueils périodiques quelques observations où cette manœuvre dut être employée. Hâtons-nous d'ajouter que ce n'était là qu'un moyen

(1) *Dernières observations sur les maladies des femmes grosses et accouchées.* Paris, 1708.

(2) *Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature.* La Haye, 1726.

(3) *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements,* par Lenoir, M. Sée, et S. Tarnier.

(4) *De la céphalotripsie répétée sans tractions, ou méthode pour accoucher les femmes dans les rétrécissements extrêmes du bassin.*

dont on n'usait qu'à la dernière extrémité après en avoir essayé beaucoup d'autres.

Quel est le but que l'on se propose en abaissant un bras : engager successivement les épaules et diminuer ainsi le diamètre biacromial. On fait en quelque sorte, mais d'une manière tout à fait renversée, ce que faisait Bertin dans la version après céphalotripsie. Le bras dégagé, la saillie des épaules et le bras vont se loger sur les côtés de la tête broyée et diminuent d'autant le diamètre biacromial. Celui-ci perd en effet une épaisseur notable. Nous avons fait, pendant notre année d'internat dans le service de M. le Dr Ribemont-Dessaignes, de nombreuses mensurations et nous avons toujours trouvé les résultats suivants : Le diamètre biacromial, et nous entendons ainsi le diamètre le plus grand qu'offrent les épaules, était d'abord mesuré avec le compas d'épaisseur ; puis l'un des bras étant maintenu élevé et tendu sur les côtés de la tête, les dimensions du thorax étaient reprises de la même façon. Toujours nous avons trouvé que le plus grand diamètre qui correspondait au sommet de la poitrine, avait perdu en moyenne 2 centim. de sa longueur chez les nouveau-nés à terme pesant dans les environs de 3000 gr. La circonférence acromiale perd aussi quelques centimètres.

Nous avons vu plus haut quelle marche il faut suivre pour abaisser le bras et comment le bras postérieur l'était plus facilement que l'antérieur.

Mais nous signalerons, pour la marche à suivre dans

l'abaissement des bras, un point qui est tout à fait nouveau. C'est le complément de la manœuvre et il appartient entièrement à M. Ribemont-Dessaignes (1). Voici du reste, comment notre maître le décrit : « On peut éprouver de sérieuses difficultés pour abaisser l'un ou l'autre bras. Il peut arriver, en effet, que le volume du fœtus, que l'étroitesse du bassin, que la rétraction de l'utérus maintiennent les épaules si élevées, qu'on ne peut qu'avec une peine extrême arriver jusqu'au coude. On arrive assez facilement par contre jusqu'au creux de l'aisselle, dans lequel on peut toujours porter l'index. Une pression un peu forte, exercée de haut en bas sur la face interne du bras avec le bout du doigt, suffit pour fracturer l'extrémité supérieure de l'humérus ou amener la disjonction de l'épiphyse supérieure de cet os ; dès lors le bras se plie aisément en deux et son abaissement s'obtient sans peine ».

Cette manœuvre est très facile à mettre en pratique. L'humérus se fracture pour ainsi dire presque tout seul. Il suffit pour cela d'exercer une pression assez forte et un peu brusque sur la face interne du bras, tout en l'écartant du thorax. La fracture se fait directement, l'humérus tenant d'une part à l'épaule, et d'autre part s'appuyant par son extrémité inférieure sur les parties dures du bassin. Il est facile de s'en rendre compte sur des fœtus mort-nés. On fixe solidement le coude sur les côtés du thorax et le fœtus étant retenu par un aide, on introduit dans l'aisselle soit un seul doigt, l'indicateur

(1) *Ann. gyn. Loc. cit.*

recourbé en crochet, soit les deux index réunis de manière à former un arc de cercle ; on tire vers la tête fœtale, obliquement en dehors, de manière à bien peser sur la face interne du bras, comme si on voulait éloigner ce bras du tronc. L'humérus est fracturé très facilement. Mais il faut avoir bien soin de ne pas tirer dans le sens de la longueur du bras, parce qu'alors il faudrait des efforts bien plus grands pour amener la fracture ; quelquefois même on n'arrive qu'à faire déplacer le bras. C'est surtout dans ces cas qu'a lieu la disjonction de l'épiphyse supérieure de l'os. Autrement l'humérus est fracturé vers sa partie moyenne. C'est du moins ce que nous avons constaté dans les expériences que nous avons faites dans le service de M. Ribemont-Dessaignes. Toujours la fracture était nette, circulaire et le périoste intact en grande partie.

On fait donc pour abaisser le bras, une fracture humérale de propos délibéré. C'est un point qu'il s'agit de bien spécifier ; on veut faire une fracture pour aider la déflexion du bras ; ce n'est pas une maladresse de l'accoucheur, c'est un but qu'il se propose.

Du reste, nous ne sommes pas éloigné de conseiller cette fracture voulue chez les enfants vivants, lorsque, la tête ayant franchi l'orifice vulvaire, ils sont retenus par les épaules, lorsqu'il y a danger pour leur vie et qu'il est impossible d'atteindre le coude pour dégager le bras. Ne vaut-il pas mieux extraire un enfant vivant avec une fracture de l'humérus, qu'un enfant mort dont le bras serait intact. Entre deux maux, il faut choisir le moindre. Tout le monde sait avec quelle facilité les

fractures des nouveau-nés se consolident ; une attelle en carton, recouverte d'ouate, quelques bandes de diachylon pour immobiliser les fragments ; trois semaines après, le cal est formé et l'enfant se sert de son bras, comme s'il n'avait rien eu.

Puisque nous parlons de la fracture voulue du bras, qu'il nous soit permis de dire qu'il est un autre cas, où ce procédé peut rendre des services, c'est dans les cas d'extraction par le siège où l'on est obligé de se presser. On entendait les bruits du cœur avant de commencer l'opération. Les membres inférieurs, le siège sont dégagés jusqu'à l'ombilic et l'on ne sent plus de battement dans le cordon. Le fœtus fait des mouvements d'inspiration : on se hâte, mais les bras se relèvent : il faut se dépêcher si l'on veut avoir un enfant vivant. Le bras postérieur peut se dégager rapidement ; pour l'antérieur, c'est plus difficile, quelquefois même impossible et pour le rendre postérieur, on perdra un temps précieux, pendant lequel le fœtus aura le temps de succomber. Il suffit alors de porter l'index recourbé en crochet au-dessus de l'épaule ; on tire sur le bras tout en l'écartant de la tête, et l'humérus se fracture, ce que l'on recherche ; mais le bras se déroule et se dégage. L'enfant naît vivant et se met à crier ou tout au moins peut être ranimé.

Nous avons observé dans le service de M. Ribemont-Dessaignes, un cas de ce genre, où nous dûmes fracturer l'humérus pour arriver à extraire un enfant vivant. Nous ne pouvons mieux faire que de le publier ici.

Observation XIII (personnelle). — *Présentation du siège décompléte mode d'un pied en S.I.G.A. Fracture de l humérus. Enfant né en état de mort apparente et ranimé. Légère hémorrhagie après la délivrance.*

Duterne, femme Py, 29 ans, IVpare, arrive en brancard dans le service de M. Ribemont-Dessaignes, le 10 septembre 1890, à 3 heures 15 du soir.

Régulièrement réglée pendant 5 jours ; elle a vu ses dernières règles le 25 novembre 1889 ; elle est donc à terme.

Par le palper, on trouve le siège engagé, le dos à gauche et en avant ; la tête ballotte au fond de l'utérus. Le maximum des bruits du cœur est entendu à gauche de la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, la dilatation est complète, les membranes sont rompues ; un pied pend dans le vagin ; le siège très engagé se présente en S.I.G.A. Bassin normal, l'angle sacro-vertébral ne peut être atteint.

Urine non albumineuse.

Nous faisons mettre la parturiente dans la position obstétricale et nous l'engageons vivement à pousser.

Le siège se dégage facilement ainsi que la partie inférieure du tronc. Les battements du cordon sont irréguliers et peu précipités.

L'extraction doit être terminée rapidement : nous engageons fortement l'épaule antérieure, mais le bras de ce côté se relève, alors pour donner plus de jour, l'épaule postérieure est dégagée; puis nous essayons de défléchir le bras antérieur, sans pouvoir y réussir. L'enfant fait des mouvements d'inspiration, les battements cessent dans le cordon ; il faut se hâter et choisir entre ces deux alternatives, ou laisser succomber le fœtus ou lui casser le bras ; c'est pour cette dernière que nous nous décidons.

L'index est passé en crochet au-dessus de l'épaule : nous

tirons en bas en appuyant sur le bras ; un craquement se fait entendre, c'est l'humérus qui se casse. Le bras se déroule et se dégage. La tête est extraite rapidement. L'enfant est né en état de mort apparente : flagellation, insufflation, il est ranimé avec quelque difficulté ; il pèse 3420 gr. et mesure 50 centim.

Délivrance naturelle 15 minutes après, l'utérus reste inerte. Hémorrhagie assez abondante. Injections intra-utérines à 48° ; piqûre d'ergotine.

L'hémorrhagie s'arrête.

Nous appliquons sur le bras gauche une petite attelle en carton recouverte d'ouate et maintenue avec une bande de diachylon.

Trois semaines après, la consolidation est complète, l'appareil est enlevé. Nous avons revu l'enfant deux mois après sa sortie du service, il remue son bras gauche aussi bien que le droit.

Les tractions simultanées avec la tête encore saisie par le basiotribe et avec le ou les deux bras dégagés, sont encore un point spécial de la manœuvre. Autrefois en effet le céphalotribe dérapait souvent, ce qui n'arrive plus avec le basiotribe ; d'un autre côté, si la prise était solide, ou même si elle ne l'était pas, après avoir passé une serviette en sautoir autour du cou fœtal, on tirait énergiquement et ce n'était que lorsqu'on craignait de voir la tête vous rester dans la main, que l'on se décidait d'abord à aller accrocher les aisselles et ensuite à dégager les bras.

Dans la manœuvre de Ribemont-Dessaignes, sitôt que l'on voit que les épaules ne pourront pas passer, au lieu de tirer simplement sur la tête et de risquer de voir le cou se rompre, on va à la recherche de l'épaule la plus

accessible, on dégage un bras, puis l'autre, si cela est nécessaire. Les bras dégagés, l'extraction devient extrêmement facile.

Il ne faut pas oublier que la seconde partie de la manœuvre de Ribemont-Dessaignes consiste essentiellement à exercer des tractions simultanées sur la tête encore saisie et sur les bras dégagés ; cela est tellement vrai, que si l'on abandonne les tractions sur la tête, les conditions sont changées et qu'elle ne réussit plus, témoin ce qui est arrivé à Marta (de Venise) (1). Cet auteur rapporte en effet une observation de basiotripsie sur un fœtus mort, où le broiement fut facile ; mais ce fut autre chose pour l'extraction. « Les épaules empêchèrent la descente du tronc. Ayant remarqué que par les tractions le cou s'allongeait, j'ôtai l'instrument et me souvenant de la manœuvre de Ribemont-Dessaignes, j'allai à la recherche du bras gauche. L'ayant porté au dehors des parties génitales, j'exerçai sur ce bras quelques tractions ; mais je dus aussitôt cesser, car le bras semblait se détacher. Je dégageai l'autre bras que je portai à l'extérieur au moyen du crochet mousse que j'avais passé sous l'aisselle. Les tractions sur ce bras n'amenèrent pas de meilleur résultat et je m'aperçus que la tête avait remonté. Aussi ne me restait-il d'autre moyen que d'essayer la version. » Celle-ci fut faite avec difficulté et amena un fœtus pesant 3400 gr. sans la matière cérébrale. La mère mourut le 3e jour.

On ne peut dire ici que la manœuvre n'avait pas atteint

(1) Note sur un deuxième cas de basiotripsie. *Ann. gynécol.*, juillet 1888.

son but, puisqu'elle n'avait pas été entièrement pratiquée.

On a reproché, Charpentier entre autres (1), à la manœuvre de Ribemont-Dessaignes, de ne différer en rien de la manœuvre de Jacquemier. Mais comme l'a très bien démontré M. le professeur Pinard (2), Jacquemier dans son mémoire, ne s'occupe que des cas où le tronc de l'enfant vivant ne peut se dégager spontanément, et n'étudiant que la dystocie due à l'exagération du volume des épaules à l'état de pureté, il ne put la recommander dans les rétrécissements du bassin. La manœuvre de Ribemont-Dessaignes ne se pratique qu'après la basiotripsie.

MM. Guéniot et Bailly (3) ont aussi réclamé la priorité à la Société obstétricale et gynécologique, séance du 21 juillet 1887, en disant qu'ils avaient employé cette méthode bien avant que M. Ribemont-Dessaignes y ait pensé. Ils s'appuient sur les deux observations que nous avons rapportées plus haut. Sans vouloir entrer dans une discussion de date, qui du reste, est toute à l'avantage de M. Ribemont-Dessaignes, nous ferons remarquer simplement que leur manœuvre est essentiellement différente : ils dégagent les bras et exercent sur eux des tractions; mais ils ont au préalable, sectionné le cou, tandis que M. Ribemont-Dessaignes, loin de se débarrasser de la tête, s'en sert comme moyen de traction combiné avec les tractions sur les bras. La différence

(1) *Traité d'accouchements*, 2e édit. Tome II, p. 539.

(2) A propos de la manœuvre de Ribemont-Dessaignes. *Ann. gynécol*, mars 1888.

(3) *Bulletin médical*, 7 août 1887 et 25 janvier 1888.

entre les deux méthodes est tellement évidente pour un lecteur impartial, qu'il nous semble inutile de discuter plus longtemps. Il faut n'en avoir compris ni le sens ni le manuel opératoire, pour les confondre ensemble ou avec celle de Jacquemier. Nombre d'accoucheurs ont tenté de dégager les bras pour terminer un accouchement difficile ; ils ne sont pas autorisés à réclamer, parce que la manœuvre de Ribemont-Dessaignes est non pas seulement un procédé, mais une opération réglée.

Les avantages de la manœuvre de M. Ribemont-Dessaignes sont nombreux, Elle est très facile et peut se faire très rapidement. Elle ne nécessite pas l'introduction nouvelle d'instruments dans les organes génitaux ; on ne se sert que de la main et l'on écarte toutes les chances de blesser les organes de la mère. Les doigts seuls sont introduits et il n'y a pas de risques de voir l'utérus contracturé empêcher de terminer l'opération, comme dans la version proposée par Bertin, ou se rompre pendant les manœuvres. C'est donc une manœuvre inoffensive pour la mère.

Pour l'extraction du fœtus, elle offre aussi d'incontestables avantages. A un moyen de traction solide que l'on n'abandonne pas, on en ajoute un autre, les membres supérieurs. Par ce procédé il est toujours facile de dégager les deux bras, même dans un rétrécissement de quatre centimètres et le tronc passera toujours si le fœtus est mort depuis peu de temps ou s'il est bien conformé.

Les expériences et la clinique viennent confirmer ces assertions.

Nous commencerons par rapporter quatre expériences faites par M. le professeur Pinard et une autre prise dans la thèse de Bonnaire.

Expérience III. (*Annales de gynécologie*, déc. 1884). — *Mannequin de Budin et Pinard* ; *diamètre promonto-pubien minimum de 4 centimètres* ; *fœtus pesant* 1,870 *grammes* ; *face placée en M. I. D. T.*

Le Dr Ribemont-Dessaignes opérant. Tête maintenue à travers la paroi abdominale. Perforation au niveau de l'orbite gauche facile. Écoulement de matière cérébrale. Introduction et placement de la branche gauche. Petit broiement. La tête s'est défléchie, le menton s'est abaissé et l'occiput s'est relevé. Introduction et placement de la branche droite assez pénible. Grand broiement. La partie antérieure de la tête est broyée, la partie postérieure l'est moins. Mouvement de rotation mettant les grands diamètres de la tête en rapport avec le grand diamètre du bassin. Désarticulation de l'instrument. Difficultés pour retirer les branches. Le perforateur est laissé en place et maintenu en rapport avec la base. Réapplication des branches, l'une à droite, l'autre à gauche ; deuxième broiement. Le mouvement de rotation s'est effectué spontanément pendant ce temps de l'opération. La tête s'engage et passe avec la plus grande facilité à travers la filière pelvienne, mais le tronc ne ne peut s'engager. Sous l'influence des tractions faites à l'aide de l'instrument encore appliqué sur la tête, il y a un léger engagement des épaules, *mais bientôt on constate une élongation du cou, et un craquement indique une disjonction des vertèbres.* Cessant alors les tractions, le Dr Ribemont-Dessaignes va, avec le doigt, *accrocher l'épaule gauche* et *dégage le bras, puis il dégage ensuite de la même façon le bras droit.* Exerçant alors des tractions sur la tête à l'aide du basiotribe, et sur les deux bras, le tronc s'engage et passe assez facilement.

Tous les os de la voûte et de la base sont broyés, aucune esquille saillante.

Expérience IV. (*Annales de gynécologie*, déc. 1884.) — *Mannequin de Budin et Pinard ; diamètre promonto-pubien minimum mesurant* 5 *centimètres ; fœtus pesant* 3120 *grammes.*

Le Dr Pinard opérant. Face placée en M.I.G.T., très peu défléchie. Perforation facile au niveau du frontal, empiétant plus sur le côté droit que sur le côté gauche. Issue de matière cérébrale. Introduction et placement de la branche gauche. Petit broiement. On constate alors que la tête s'est légèrement fléchie. Le menton s'est relevé, le bregma s'est abaissé. Introduction et placement de la branche droite à droite. Grand broiement. On constate alors que la moitié postérieure de la voûte et de la base est seule bien aplatie. La rotation est effectuée. Les deux branches sont retirées sans difficulté. Le perforateur est maintenu en place et en rapport avec la base. Réintroduction des deux branches. Deuxième broiement. Aplatissement complet. La rotation s'est produite spontanément pendant le broiement. La tête s'engage spontanément et passe facilement à l'aide de légères tractions. Le tronc ne s'engage pas. *On a recours à la manœuvre employée lors de la troisième expérience par le Dr Ribemont-Dessaignes* et on *dégage successivement les deux bras.* Des tractions exercées sur l'instrument resté appliqué sur la tête et sur les bras amènent le tronc au dehors.

Tous les os de la voûte et de la base sont broyés. Il n'y a pas d'esquille saillante.

Expérience VIII. (*Annales de Gynécologie*, déc. 1884. — *Bassin métallique de la Maternitè ; diamètre promonto-pubien minimum de 4 centimètres ; fœtus pesant* 1720 *grammes ; face en M.I.G.T.*

Deux broiements sont nécessaires ainsi que *la manœuvre du Dr Ribemont-Dessaignes pour dégager le tronc.*

Expérience XVII. (*Annales de gynécologie*, déc. 1884.) — *Bassin artificiel du Dr Stapfer ; diamètre promonto-pubien minimum de* 4 *centimètres ; sommet en O.I.D.T. ; fœtus pesant* 2400 *grammes.*

Un seul broiement. *Manœuvre du Dr Ribemont-Dessaignes pour le dégagement du tronc.*

Expérience XXIII (résumée). — Bonnaire. *Recherches sur le broiement de la tête fœtale.* Th. 1885, p. 136. — *Basiotripsie répétée. Extraction d'un fœtus volumineux à travers un rétrécissement de* 4 *centim.* (faite en présence de M. Tarnier).

Fœtus à terme, poids : 3000 gr.

Diamètre de la tête : O.F. 114, O.M. 115, S.O.F. 100, B.F. 71, B.P. 90, B.M. 78. Bassin de bronze de la Maternité, avec un diamètre S.P. de 35 millim.

Deux broiements successifs sont faits avec le basiotribe Tarnier, sans que la tête descende, malgré les tractions les plus énergiques avec l'instrument, ainsi qu'avec le crânioclaste Simpson.

Le diamètre minimum est porté à 4 centim., et on recommence à tirer un peu sur le côté de la ligne médiane, le plus en arrière possible. On voit la tête descendre sans difficulté.

« L'engagement du tronc du fœtus rencontre un obstacle dans l'arrêt des épaules au détroit supérieur. On le tourne, grâce à la manœuvre du Dr Ribemont qui consiste à aller cher-

cher les deux bras, et à les dégager l'un après l'autre. Le tronc passe avec assez de difficulté à travers la filière. »

A l'examen anatomique, le tronc du fœtus n'est pas déformé, mais il existe une déchirure cutanée et musculaire, au niveau de la région de l'aisselle ; pas de fracture de l'humérus. Les vertèbres cervicales sont intactes.

Ces expériences montrent qu'avec un rétrécissement de quatre centimètres on peut extraire un fœtus de poids et de dimensions moyennes. Cependant on pourrait se demander si cliniquement l'extraction pourrait se faire sans s'accompagner de désordres maternels graves. Heureusement que des rétrécissements aussi serrés ne se rencontrent que très rarement.

Cette manœuvre a été plusieurs fois employée sur la femme vivante et toujours avec succès.

Observation XIV. Pinard. (*Annales de gynécologie*, déc. 1884.) — *Basiotripsie pratiquée par M. le Dr Pinard.*

La femme G..., primipare, âgée de 23 ans, entre à la clinique, le 7 octobre 1884, au matin. Elle est en travail. Elle n'aurait marché qu'à trois ans et demi .. Règles finies le 28 octobre 1883. Grossesse normale.

Déformation rachitique manifeste des cuisses. La colonne vertébrale paraît droite. J'essaie inutilement de reconnaître la présentation et la position par le palper. Par le toucher, je trouve l'excavation vide, le segment inférieur très élevé, l'orifice un peu moins grand qu'une pièce de cinq francs. Bords épais et peu souples ; au centre, une petite tumeur mollasse qui pourrait être prise pour une fesse si la femme ne disait qu'elle est en travail depuis trois jours. On atteint sans difficulté le promontoire. Je trouve le diamètre P.S.P. = 8 1/2. État général bon. Fœtus vivant.

Le soir, à 4 h., la dilatation a fait des progrès. T. = 37°,8. Par le toucher, on constate une présentation du sommet O.I. D.T., avec une grosse bosse séro-sanguine.

6 h. Je fais donner le chloroforme pour pratiquer le toucher manuel. Le bassin me paraît rétréci non seulement dans le diamètre A.P., mais dans le diamètre transverse ; c'est évidemment un bassin à viciation complexe.

Le docteur Pinard, appelé, constate les mêmes particularités et essaye d'une application du forceps Tarnier. Tractions continues et contenues. Rien ne descend : on renonce au forceps. Introduction du perforateur du basiotribe de M. Tarnier laborieuse ; tête très ossifiée. Je la maintiens au niveau de l'axe du détroit supérieur. Premier broiement laborieux. Rotation sans effort, mais impossibilité d'engager la tête.

On désarticule le basiotribe avec quelque difficulté. On le remet en place. Le Dr Pinard me prie de faire le broiement. Je constate qu'il est pénible. Je rapproche les cuillers jusqu'au contact parfait avec le perforateur. Le Dr Pinard fait des tractions toujours continues et très contenues. La région fœtale descend, le périnée bombe, l'anus s'entr'ouvre et la tête se dégage obliquement ; restent les épaules. Le Dr Pinard me prie de continuer les tractions à sa place ; sans cesser de tirer sur le basiotribe, que je maintiens de la main gauche, je constate que les épaules sont engagées, mais vivement pressées par les parois du bassin et placées dans le diamètre oblique gauche, l'épaule gauche (du côté gauche) se trouvant un peu plus bas que l'épaule droite. J'introduis le doigt dans le creux de l'aisselle de ce côté, et j'essaye de ramener cette épaule sous la symphyse ; j'y parviens avec beaucoup de peine et seulement quand la vis a tergo me vient en aide. On a cessé le choloroforme. La femme pousse.

Cette rotation n'est pas complète, les épaules restent un peu obliques ; *j'accroche le bras gauche et je dégage l'extrémité antérieure du diamètre biacromial en faisant sortir le bras* à l'imitation de ce que j'avais vu faire au Dr Pinard dans une expé-

rience où le bassin mesurait 4 centimètres et où le fœtus était très gros. Cela fait et la femme poussant, je crois un moment que le périnée va refouler l'épaule postérieure, mais la rotation n'a pas été complète. Cette épaule reste dans le diamètre oblique et je suis obligé de faire pour elle ce que j'ai fait pour l'autre : *j'amène le bras droit au dehors* et le dégagement du reste du tronc n'offre aucune particularité.

L'enfant présente un enfoncement manifeste du sternum qui a été aplati par une saillie osseuse du bassin. Son poids est de 2850 grammes.

Observation XV. Pinard. (*Annales de gynécologie*, août 1886.) — *Rétrécissement du bassin par rachitisme et par fracture ; ergot de seigle donné en ville ; rupture prématurée des membranes ; basiotripsie et délivrance artificielle faites par M. Lepage, interne du service.*

La nommée L... (Eugénie), 19 ans, entre le 31 mai 1886 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Anne (isolement n° 1).

Née à Saint-Ouen, qu'elle a toujours habité, cette femme a été nourrie au sein par sa mère. N'a marché qu'à l'âge de trois ans. Ne se souvient d'aucune maladie dans l'enfance.

A 11 ans, la roue d'une voiture chargée de paille et attelée de quatre chevaux lui passa en partie sur le bassin. A la suite de cet accident, elle dut rester en traitement pendant six mois à l'hôpital Beaujon ; et ne marcha ensuite pendant trois mois qu'avec l'aide de béquilles.

Réglée à 13 ans 1/2. Menstruation régulière, peu abondante, non douloureuse, pendant cinq jours, ayant lieu tous les mois. Pas de pertes blanches. A 18 ans, elle eut un premier accouchement à terme. Sommet. L'enfant meurt pendant le travail, qui dura six jours.

Elle redevient enceinte en août 1885. Dernières règles le 7 août. La grossesse a été bonne jusqu'au 1er mai. A cette

époque, la femme L... dut garder le lit à cause de vives douleurs ressenties dans les côtés et dans le ventre.

Le 27 mai, elle est prise de douleurs. La sage-femme qui déjà l'avait assistée lors de son premier accouchement, est appelée et rompt les membranes. Les douleurs continuent, mais le travail avance lentement. Le 30 mai, voyant que l'accouchement ne se termine pas, la sage-femme administre trois paquets d'ergot de seigle et le lendemain, 31 mai, envoie Eugénie L... à Lariboisière, à 10 heures du soir.

On trouve l'utérus fortement tétanisé. Palper impossible. Aucun battement du cœur fœtal. Toucher manuel. Dilatation un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs. Sommet en O. I. G.T. Angle sacro-vertébral facilement accessible. Diamètre promonto-sous-pubien, 9 cent. 8. De plus, on constate l'existence, en deux ou trois points du détroit supérieur et de l'excavation, de saillies verticales, qui répondent très probablement aux traits de la fracture ancienne. La symphyse pubienne est assez fortement inclinée en arrière.

A 2 h. 1/2 du matin, la dilatation est complète; la bosse séro-sanguine est considérable. A 4 h. 1/2, après anesthésie chloroformique, la femme est mise en travers du lit. La basiotripsie est pratiquée par M. Lepage. Le perforateur est introduit au niveau de la fontanelle postérieure, la petite branche placée sur l'oreille gauche, au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Le petit broiement se fait sans difficulté. La seconde branche est introduite assez facilement. Après le grand broiement, issue assez considérable de matière cérébrale. Après quelques tractions modérées, on se décide à faire une seconde application de l'instrument, mais le perforateur n'est pas laissé en place. On l'introduit à nouveau par la même ouverture, puis on fait une application directe de l'instrument.

Après ce second broiement, la tête s'engage assez facilement, après avoir subi un mouvement de rotation. On dégage assez facilement la tête, mais malgré les tractions assez fortes, les épaules s'engagent péniblement.

Mlle Carrier, sage-femme du service, va à la recherche du bras postérieur qu'elle parvient à dégager avec facilité. Le dégagement du tronc s'opère dès lors sans difficulté aucune.

Le fœtus pèse 2530 grammes, sans la matière cérébrale. A 8 heures du matin, M. Lepage fait la délivrance artificielle, nécessitée par une adhérence anormale du placenta. Suites de couches normales. Température maximum, 37°,8 le 4 juin. Exeat, guérie le 22 juin.

OBSERVATION XVI. PINARD. (*Annales de gynécologie*, août 1886.) — *Rétrécissement du bassin ; deux tentatives d'application de forceps faites en ville ; déchirures multiples du col ; mort de l'enfant ; basiotripsie faite par M. le Dr Pinard ; irrigation continue ; guérison.*

La nommée D... (Laure), 28 ans, ménagère, entre le 19 juin 1886 à Lariboisière, salle Sainte-Anne, isolement n° 2. Primipare. Cette femme est née et a été élevée dans le Pas-de-Calais. Elle n'a marché qu'à dix-huit mois. Réglée à 16 ans. Menstruation régulière, de moyenne abondance, durant cinq à six jours, ayant lieu tous les mois.

Dernières règles le 22 juillet (?) 1885. Depuis, la femme D... n'a plus perdu une seule goutte de sang. Grossesse heureuse. Il y a un mois environ, elle a perdu du liquide absolument clair, pendant trois jours, sans qu'il se produisît de douleurs. La quantité de liquide ainsi perdue était approximativement d'un verre par jour.

Rupture spontanée et prématurée des membranes le 14 juin, à 4 heures du matin. Le liquide qui s'écoule est citrin et plus teinté que le liquide perdu précédemment.

En même temps, apparition de contractions d'abord peu douloureuses, qui ne deviennent intenses que le lendemain vers midi.

Elles se succèdent d'abord toutes les quinze minutes, puis se rapprochent et reviennent toutes les cinq minutes, à partir du

16, vers minuit. Le travail marche lentement. La sage-femme qui assiste D... envoie, le 18, chercher un médecin. Celui-ci vient le lendemain, à 6 heures du matin, et fait sans succès deux applications de forceps. Il envoie la malade à Lariboisière, vers trois heures de l'après-midi.

Cette femme est de taille moyenne, mais présente un degré considérable d'embonpoint. Léger degré de courbure antéro-postérieure des fémurs ; conformation à peu près normale des tibias, sauf quelques irrégularités sur leur face interne. Pas de saillie anormale des bosses frontales. Les dents présentent un léger degré de microdentisme. Pas de chapelet rachitique. L'abdomen est très volumineux ; l'utérus remonte à 6 ou 7 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La tête est un peu engagée. Enfant paraissant volumineux. Sommet en O.I.G.T.

L'auscultation des bruits du cœur fœtal présente les plus grandes difficultés. En effet, on a bien un foyer d'auscultation à gauche, en arrière d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, les battements perçus à ce niveau sont bien au nombre de 132 à 138 par minute, mais il est difficile de dire que ces bruits n'appartiennent pas à la mère, dont le pouls bat 134 fois pendant le même temps.

Cependant, après un examen approfondi qui lui montre qu'il n'y a pas complet synchronisme des bruits d'auscultation, M. Pinard pense que l'enfant est vivant.

Par le toucher, on sent des éraillures multiples dans le vagin, et de chaque côté un large sillon ulcéré produit par les branches du forceps. La dilatation est à peu près complète. Le col est œdématié, surtout en avant, et déchiqueté. A gauche, il existe une déchirure assez longue dont on ne peut fixer la limite supérieure. Température axillaire, 38°,4.

La femme est soumise à l'anesthésie chloroformique, à 5 h. 14. M. Pinard introduit alors la main dans le vagin pour explorer complètement le bassin, et constate qu'il y a une trop grande disproportion entre les dimensions de celui-ci et le

volume de la tête. Il renonce au forceps d'autant plus facilement que le liquide amniotique est fortement coloré par le méconium ; il se décide à faire une basiotripsie à 5 h. 25. M. Pinard introduit le perforateur en suivant les règles habituelles, puis la branche gauche vers l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit. La tête fœtale est si élevée, et la filière pelvienne si longue que le perforateur et la branche gauche sont introduits presque en entier dans le vagin et que l'articulation de ces deux branches se trouve à deux centimètres en arrière de la vulve. Le petit broiement s'exécute à l'aide de la vis à ailettes. M. Pinard introduit la branche droite. L'articulation se trouve au niveau de la vulve.

On est obligé, pour faire ce second broiement, de déployer une certaine force.

La tête s'engage alors lentement après le mouvement de rotation que M. Pinard fait exécuter à l'instrument. Des tractions modérées amènent, à 5 h. 40, la tête hors de la vulve.

On exerce des tractions énergiques sur la tête et sur le cou pour engager les épaules, mais la résistance est telle que M. Pinard, fatigué, prie son interne de le remplacer. Celui-ci, malgré des efforts considérables, ne parvient pas à faire progresser les épaules. *M. Pinard a recours alors à la manœuvre du Dr Ribemont-Dessaignes. Il introduit la main gauche dans l'utérus et arrive, non sans quelque difficulté, à dégager le bras postérieur.* Les tractions sont reprises, faites à la fois sur ce bras et sur la tête. Le dégagement du bras antérieur est assez facile. L'expulsion du tronc se fait alors assez rapidement. Le fœtus est seulement arrêté pendant quelques secondes au moment du passage du siège au détroit supérieur.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 5000 grammes, sans la substance cérébrale.

L'opération est terminée à 6 heures du soir.

Délivrance spontanée à 7 h. 1/2.

Injection intra-utérine antiseptique.

Irrigation continue.

Sort guérie le 8 juillet.

Le bassin, mesuré alors, offre un diamètre promonto-sous-pubien de 8 cent. 9. La symphyse est très inclinée et très élevée.

Observation XVII. Pinard. (*Annales de gynécologie*, août 1886.) — *Présentation de la face en M.I.G.T.; mort de l'enfant pendant le travail; application de forceps infructueuse faite en ville; basiotripsie faite par M. le Dr Pinard; délivrance artificielle faite par Mlle Carrier; irrigation continue.*

M... (Sarah), 27 ans, sans profession, est admise le 21 juillet 1886, à Lariboisière, salle Sainte-Anne, nº 2. Cette femme est originaire de Niederbrönn (Alsace), qu'elle a habité jusqu'à l'âge de 15 ans. Elle ne sait quand elle a marché. Bien réglée d'habitude, elle a vu pour la dernière fois en septembre 1885. L'écoulement a pris fin le 23. Grossesse heureuse. Pas d'albumine dans les urines. Léger œdème des jambes quelques jours avant l'accouchement. Légères douleurs le 12 et le 13 juillet. Le 14, à 4 heures de l'après-midi, le travail se déclare. Une sage-femme appelée, constate que le travail est peu avancé.

Les douleurs sont vives pendant toute la nuit, que la femme passe debout. Le travail marche lentement; les 15, 16 et 17, douleurs presque continues avec exacerbations momentanées.

Le 18, elles se modifient et occupent les régions lombaire et sacrée. La sage-femme rompt les membranes le 18 au matin; écoulement de liquide fortement coloré. Les mouvements du fœtus cessent d'être perceptibles.

Un médecin, appelé à 2 heures de l'après-midi, le 19, constate que l'enfant est mort. Le soir, à 11 heures, il tente d'appliquer le forceps, mais ne pouvant réussir à introduire la seconde branche, il envoie la femme à Lariboisière. Elle y arrive à 1 heure du matin. On reconnaît qu'il y a présentation de la face en M.I.G.T.

L'utérus est fortement distendu. Il est sonore à la percussion. Le palper, rendu presque impossible, par suite de la distension de l'utérus par des gaz, ne donne aucun renseignement net.

On n'entend pas les battements du cœur fœtal. Par le toucher, on arrive assez facilement sur les différentes parties de la face ; nez, bouche, menton. A droite, bosse séro-sanguine recouvrant le front. La dilatation est plus grande que la paume de la main, mais il existe encore une bande de col en arrière et à gauche.

Il s'écoule par la vulve une sanie très fétide de couleur brunâtre.

La main, placée sur l'utérus, perçoit une crépitation toute particulière.

M. Pinard examine la femme à 4 heures du matin et se décide à pratiquer la basiotripsie de suite.

La femme est transportée dans le service d'isolement et endormie. M. Pinard introduit le perforateur au niveau de l'orbite gauche. La petite branche est introduite avec précaution à gauche et sur le menton. Petit broiement fait avec la vis. La deuxième branche est poussée en place avec douceur et placée symétriquement. Le grand broiement se fait sans difficulté. La matière cérébrale s'écoule. M. Pinard fait exécuter au basiotribe un mouvement de rotation de gauche à droite. Des tractions soutenues engagent la tête. L'instrument décrit un demi-mouvement de spire de droite à gauche.

La tête descend peu à peu dans le vagin.

M. Pinard procède avec d'autant plus de lenteur que le col n'est pas tout à fait dilaté et qu'on sent l'orifice utérin appliqué sur la tête.

M. Pinard dégage peu à peu le menton, puis l'occiput en surveillant avec soin le périnée. La tête sortie, on sent une résistance assez forte due à ce que les épaules ont peine à s'engager; après quelques tractions assez énergiques sur la tête, *on sent que le cou s'allonge* sans que les épaules descendent davan-

tage. M. Pinard *introduit alors la main gauche pour aller à la recherche du bras postérieur. La main est bientôt paralysée et incapable d'abaisser le membre fœtal. Introduisant alors la main et l'avant-bras droit, il peut accrocher une épaule qu'il abaisse, mais ne pouvant atteindre le coude ni abaisser le bras, il est contraint à retirer sa main droite, fatiguée, et à introduire une seconde fois la gauche, avec laquelle il peut, avec de grandes difficultés, amener le bras droit à la vulve.* En exerçant alors des tractions simultanées sur le bras et sur le cou, il sent une résistance telle qu'il lui semble que le cou et le bras vont s'arracher. Mlle Carrier, sage-femme de garde, éprouve la même résistance; l'interne de service, cherchant à exercer quelques tractions, sent *le cou céder, et voit la peau se déchirer, formant un léger hiatus au niveau de l'aisselle.* M. Pinard se décide alors à *aller à la recherche du bras antérieur et éprouve les mêmes difficultés. Il est obligé d'introduire d'abord la main droite, puis la gauche, avec laquelle il accroche et abaisse l'épaule. Il doit réintroduire la main droite pour dégager le bras.*

Des tractions sont alors exercées sur les deux bras, l'extraction du tronc se fait assez facilement, malgré la distension considérable de l'abdomen du fœtus par des gaz.

L'enfant pèse 4,600 grammes sans la matière cérébrale.

Délivrance artificielle. Irrigation continue. Guérison.

Observation XVIII. Ribemont-Dessaignes. (*Annales de gynécologie*, nov. 1887.) — *Bassin généralement rétréci. Sommet. Basiotripsie. Délivrance artificielle. Irrigation continue. Guérison.*

C..., Caroline, cuisinière, âgée de 30 ans, primipare, entre dans le service du Dr Ribemont-Dessaignes à l'hôpital Beaujon, le 7 novembre 1886, à 9 heures du matin.

Bassin généralement vicié mesurant dans le diamètre promonto-sus-pubien 8 centimètres. Sommet élevé en O.I.G.A. Tête

volumineuse. La dilatation a les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Les premières douleurs se sont fait sentir à 4 heures du matin.

A dix heures, les membranes se rompent spontanément. On assiste à la formation rapide d'une grosse bosse séro-sanguine. A midi, la dilatation étant complète, l'interne du service fait une application de forceps. Mais la tête ne descend pas.

M. Ribemont-Dessaignes prévenu, essaya à son tour d'engager la tête sans pouvoir y parvenir. Il se décide à employer le basiotribe à 2 heures 1/2. La tête broyée s'engage et apparaît bientôt à la vulve.

Elle est dégagée sans difficultés. *Mais il n'en est pas de même des épaules qui ne peuvent s'engager en même temps dans le bassin. M. Ribemont-Dessaignes va à la recherche du bras postérieur qu'il abaisse et qu'il dégage. Tractions modérées exercées à la fois sur la tête et sur le bras. Le tronc s'engage avec la plus grande facilité, et l'accouchement est rapidement terminé.*

Le fœtus pèse 3000 gr. sans la matière cérébrale.

On est obligé à cause de l'adhérence d'une partie du placenta de faire la délivrance artificielle.

Suites de couches traversées par quelques phénomènes fébriles dus à l'élimination d'eschares assez étendues du vagin.

Irrigation continue du 10 au 12 novembre. La femme C..., quitte l'hôpital complètement guérie le 7 janvier 1887.

Observation XIX. Ribemomt-Dessaigne. (*Annales de gynécologie*, nov. 1887. — *Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien* = 9 cent. 1/2. *Présentation du sommet. Procidence du bras et du cordon. Transformation en présentation de la face. Basiotripsie. Guérison.*

L..., femme T..., 28 ans, IVpare, entre à l'hôpital Beaujon, salle St-Paul, service du Dr Ribemont-Dessaignes, le 29 décembre 1885, à 1 heure du matin.

Cette femme est enceinte pour la quatrième fois.

Les deux premiers accouchements se sont terminés spontanément après un travail prolongé, par la naissance d'enfants vivants. Le troisième a nécessité la version. L'enfant à succombé.

Les dernières règles remontent au 20 mars. La femme T..., est donc à terme.

La grossesse n'a rien présenté de particulier. L'urine contient une certaine quantité d'albumine.

Les premières douleurs se sont montrées le 27 décembre à 9 heures du soir, et le lendemain à midi les membranes se sont rompues spontanément.

La dilatation est presque complète au moment de l'entrée à la salle d'accouchement.

Le sommet se présente au niveau du détroit supérieur, mais il existe en même temps une procidence du cordon et une procidence du bras droit. On rétropulse le cordon, mais la procidence du bras ne peut être réduite.

L'interne du service fait infructueusement une application de forceps. On s'aperçoit aussitôt après que le sommet a fait place à une présentation de la face en M.I.D.P. et que la procidence du cordon s'est reproduite. Quelques instants après on constate que les pulsations du cordon ne sont plus perceptibles. M. Ribemont-Dessaignes prévenu, arrive aussitôt, et pratique à 3 heures du matin la basiotripsie. Le perforateur pénètre dans le crâne à travers l'orbite gauche.

Petit broiement facile. Le grand broiement exige l'emploi d'une certaine force. Des tractions assez énergiques sont nécessaire pour entraîner la tête broyée qui descend accompagnée du bras.

Mais une fois la tête dehors, le reste du tronc vient très facilement.

Délivrance quelques minutes après.

La femme T..., fut en raison de son albuminurie soumise au régime lacté.

Le quatrième jour, toute trace d'albuminurie avait disparu. Les suites de couches ont été heureuses.

Un peu de fièvre s'est montrée du 3e au 5e jour ; elle a cédé rapidement à l'emploi de fréquentes injections de solutions de bichlorure de mercure aux trois millièmes.

Exeat, en très bon état le 14 janvier 1886.

Observation XX (personnelle). — *Bassin rétréci à type oblique ovalaire. Lenteur du travail. Tentatives d'application de forceps. Basiotripsie. Dégagement d'un bras sans fracture pour l'extraction des épaules.*

Duclair, née Pichereau, primipare, 22 ans, giletière, entre dans le service de M. Ribemont-Dessaignes le 7 janvier 1891, à 3 heures 1/2 matin.

D'une bonne santé habituellement, elle a commencé à marcher à un an ; actuellement elle boite un peu de la jambe gauche à la suite d'une arthrite suppurée du genou qui a duré plusieurs années ; cette jambe ne peut être complètement étendue.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans 1/2, elle a eu ses règles pour la dernière fois le 14 mars 1890. Elle a atteint le terme de sa grossesse et cela sans avoir présenté d'accidents ou de complications d'aucune sorte.

Les douleurs ont débuté le 5 janvier 1891, à minuit et demi, 50 heures environ avant son entrée ; elle ne peut dire si la sage-femme qui l'assistait lui a fait prendre du seigle ergoté ou d'autre médicament ; cependant les contractions paraissent très énergiques. Elle se plaint beaucoup.

Le palper, assez difficile à cause de l'état de contraction presque continue de l'utérus, fait cependant reconnaître le siège au fond de l'utérus, le dos à droite et le sommet engagé.

Le maximum des bruits du cœur est entendu à droite de la ligne médiane. Au toucher, la tête très engagée en O.I.D.P. empêche de reconnaître l'état du bassin et de savoir s'il est vicié ou non ; la dilatation est grande comme une pièce de 2 fr., les

bords de l'orifice sont souples, les membranes sont intactes.

Injections chaudes toutes les deux heures.

A 7 heures 1/2 du matin, grand bain de 1 heure 1/2 sans qu'il y ait de changement dans l'état de dilatation. A 10 heures même état, M. Ribemont-Dessaignes rompt artificiellement les membranes. Chloroforme au moment des contractions. Mais à 10 heures 1/2, la dilatation est toujours la même. M. Ribemont-Dessaignes applique l'écarteur utérin de M. Tarnier. Les douleurs continuent très vives malgré le chloroforme.

Le col s'œdématie énormément et la dilatation augmente légèrement, mais les bords de l'orifice sont très tendus sur les branches de l'écarteur : il y a de la douleur au niveau de la vessie. A 2 heures 45, c'est-à-dire 4 heures après son application, l'écarteur Tarnier est enlevé. Le col revient alors sur lui-même. Injections boriquées chaudes toutes lès demi-heures.

Les bruits du cœur sont bons. Les douleurs continuent à être fréquentes et énergiques et le travail n'avance pas. Bosse séro-sanguine très développée. M. Ribemont-Dessaignes prévenu arrive à 9 heures 15 et décide de terminer l'accouchement avec le forceps, quoique la dilatation ne soit pas complète. La malade étant anesthésiée, deux applications sont tentées successivement. Les branches sont mises en place et articulées assez facilement, mais malgré des tractions soutenues et énergiques la tête ne descend pas. Il paraît évident que l'accouchement ne pourra se terminer ainsi, et quoique l'on entende encore les bruits du cœur, M. Ribemont-Dessaignes décide d'appliquer le basiotribe de Tarnier ; il veut bien nous laisser opérer.

Le perforateur est introduit jusqu'à la base du crâne. La branche gauche est introduite directement et serrée sans difficulté. Un mouvement de torsion est imprimé à la tête de manière à amener cette branche à l'extrémité du diamètre transversal gauche. Application de la deuxième branche à l'autre extrémité de ce diamètre. La vis de pression mise en place est serrée lentement et la matière cérébrale s'écoule au dehors. Lorsque la vis est complètement serrée, le basiotribe est tourné à gau-

che et l'extraction de la tête se fait assez péniblement. *Les épaules sont restées très élevées, elles ne s'abaissent pas malgré les tractions que nous faisons sur la tête. Il faut aller chercher le bras postérieur que nous dégageons sans le fracturer. L'expulsion se termine facilement à 10 heures 45*. Le périnée est intact.

Délivrance naturelle 10 minutes après.

Le travail a duré en tout 70 heures.

En touchant la malade pour faire l'injection intra-utérine, on trouve que le bassin est vicié à type oblique ovalaire, la partie gauche étant plus étroite que la droite; on constate en outre la présence d'une déchirure de 2 centim. derrière l'éminence iléo-pectinée droite. Le vagin et le col utérin très œdématiés sont contusionnés.

L'enfant du sexe féminin est mort, il pèse 2790 gr. moins la matière cérébrale.

Le basiotribe est appliqué de la manière suivante : Le perforateur pénètre dans le crâne un peu au-dessus de la fontanelle postérieure. Les deux branches sont placées un peu au-dessus de l'oreille et s'avançent sur la face jusqu'au niveau de l'œil.

Suites de couches : Le 8 janvier on met la malade à l'irrigation continue à l'eau naphtolée par précaution.

La température reste aux environs de 37° et l'irrigation est cessée le 14; il s'est éliminé quelques petits fragments de tissus sphacélés sans qu'il y ait eu de douleurs ni de tension du ventre.

La malade quitte le service en bon état à son 18e jour.

Dans ces observations, excepté dans l'observation XVII, il n'y a pas eu de grandes difficultés pour abaisser les bras.

Dans les observations suivantes, il a fallu fracturer l'humérus.

Observation XXI. Ribemont-Dessaignes (*Annales de gynécologie*, déc. 1884.) — *Bassin vicié par le rachitisme; diamètre promonto-sacropubien*, 7 *centim.* 1/4; *sommet*; *basiotripsie; fracture de l'humérus.*

Je suis appelé le 8 octobre 1884, à 3 heures du soir, chez Mme Porée-Mougin, sage-femme agréée des hôpitaux pour voir une jeune femme. R... (Victorine-Rose), primipare, âgée de 24 ans, domestique. Cette jeune femme est à terme, car ses dernières règles se sont montrées le 12 décembre 1883. Elle est entrée en travail le 7 octobre, à 2 heures du matin; les membranes se sont rompues spontanément à midi, chez la sage-femme. La dilatation était alors grande comme une pièce de 2 francs. Le cordon ne tarde pas à descendre, et lorsque, à trois heures, j'examine la malade qui offre toutes les traces du rachitisme, je trouve une anse de cordon engagée dans le vagin, La dilatation a 3 à 4 centimètres de diamètre. La partie fœtale est retenne au-dessus du détroit supérieur. Il est très facile d'arriver sur l'angle sacro-vertébral, et de mesurer le diamètre promonto sous-pubien. Celui-ci n'a que 7 cent. 1/4. La symphyse est épaisse et élevée. Je crois pouvoir évaluer à 6 centimètres, la dimension du diamètre utile. Le travail marchant régulièrement d'ailleurs, je me propose de revenir dans la soirée. A 9 heures je me trouve près de la malade en compagnie de mon interne, M. Bourdel. La dilatation est à peu près complète. Je dispose tout en vue de la basiotripsie que je me propose de faire.

La femme est endormie et placée dans une situation convenable; j'introduis dans le vagin deux doigts de la main gauche et je la pousse jusqu'à la partie fœtale (sommet, O. I. G. T.)· Le perforateur est alors introduit, à travers le pariétal antérieur, dans le crâne, immobilisé par M. Bourdel à l'aide de pressions exercées au-dessus du pubis. La perforation faite, je déchire avec la pointe de l'instrument la matière cérébrale, afin d'en faciliter l'écoulement. J'introduis alors avec facilité la pre-

mière cuiller du basiotribe que j'applique directement à gauche. Avant de rapprocher cette branche du perforateur, je m'assure que la pointe de celui-ci n'a pas cessé d'être en contact avec la base du crâne. La pression de la main suffit pour rapprocher ces deux parties de l'instrument. Il ne s'écoule pas de matière cérébrale. Ayant fixé cette première prise à l'aide du petit crochet, je procède au placement de la seconde cuiller que je ne parviens à mettre en place qu'en la faisant glisser en arrière de la tête au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. Je la ramène ensuite sans grande peine à l'extrémité droite du diamètre transverse et j'articule. La vis est mise en place, et je commence à broyer très lentement la seconde partie de la tête. La matière cérébrale s'écoule peu à peu. Le broiement achevé, la tête et l'instrument esquissent d'eux-mêmes un mouvement de rotation de droite à gauche que je m'empresse de compléter. De très douces tractions, que je comparerais volontiers à celles d'une application de forceps facile, font parcourir à la tête le canal pelvien. J'éprouve, au moment où la tête apparaît à la vulve, une résistance grande que je ne puis attribuer qu'à l'engagement pénible des épaules. Des tractions soutenues finissent par achever son dégagement. Mais il m'est impossible d'extraire les épaules qui sont encore élevées. *Je vais à la recherche du creux axillaire de l'épaule droite*, et j'*exerce avec l'index recourbé une forte traction sur le bras. L'humérus se brise, le bras s'abaisse.* Immédiatement le tronc s'engage. Quelques secondes après la femme était accouchée.

L'enfant, du sexe féminin, est volumineux. Il pèse 3 kilogr. 450, non compris le poids de la matiére cérébrale. Le diamètre biacromial mesure 14 centimètres. La tête est totalement aplatie. Elle mesure 4 cent. 1/2 à 5 centimètres dans ses diamètres réduits par le broiement.

Tous les os de la voûte et de la base sont brisés.

La délivrance se fit sans incidents. Suites de couches normales. Vingt-quatre jours après la femme R... partait au Vésinet.

Observation XXII. Ribemont-Dessaignes (*Annales de gynécologie*, août 1886.) — *Bassin vicié par le rachitisme; diamètre promonto-sous-pubien*, 8 *centim.* 1/2; *basiotripsie; fracture de l'humérus.*

Clémentine L..., 28 ans, secondipare, se fait admettre le 26 février 1885 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Paul, service du Dr Ribemont-Dessaignes. Cette femme a déjà eu un accouchement laborieux en 1882. Elle était, à cette époque, allée à la Maternité, où M. Tarnier avait dû perforer le crâne et employer ensuite le crânioclaste. Elle est rachitique et son bassin ne mesure que 8 cent. 1/2 dans le diamètre P.S.P.

Les dernières règles datent de la fin de mai 1884. Le volume du fœtus montre qu'elle est bien arrivée à terme. Le travail a débuté le 24 février à 11 heures du matin. Le même jour les membranes se sont rompues prématurément à 11 heures du soir.

Après plusieurs applications infructueuses de forceps, je pratique la basiotripsie. Après deux broiements successifs, je puis extraire la tête, mais j'éprouve les plus grandes difficultés pour le dégagement des épaules. *Je vais alors à la recherche du creux axillaire qui se trouve en arrière, et je fracture l'extrémité supérieure de l'humérus.*

J'abaisse ensuite facilement le bras et j'exerce sur lui des tractions qui, s'ajoutant à celles faites sur la tête avec le basiotribe, suffisent pour extraire rapidement le tronc du fœtus. Celui-ci pesait, sans la matière cérébrale, 3330 grammes.

Délivrance artificielle nécessitée par des adhérences anormales du placenta.

Suites de couches normales. La malade quitte l'hôpital le 30 mars 1885.

Observation XXIII. Ribemont-Dessaignes (*Annales de gynécologie*, août 1886.) — *Rachitisme; bassin généralement trop petit; basiotripsie; fracture de l'humérus.*

La nommée Anne B..., primipare, âgée de 45 ans, entre le 13 avril 1885, à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Paul, n° 15, service du Dr Ribemont-Dessaignes. Cette femme, bien réglée, depuis l'âge de 19 ans, fait remonter sa grossesse au 14 juillet 1884 ; le dernier écoulement menstruel s'est montré le 12 juillet. Malgré les affirmations de cette femme, il nous semble que l'on doit plutôt admettre que la grossesse n'a pas dépassé le terme de 7 mois 1/2 ; l'état du col et le développement de l'utérus aussi bien que le volume du fœtus plaident en faveur de cette hypothèse. Depuis quelques jours, il existe de l'œdème des membres inférieurs. Pas d'albumine dans les urines. L'œdème augmente au point de devenir douloureux, et bientôt la malade est obligée de garder le repos au lit. Cette femme est petite. Elle ne donne aucun renseignement sur la pathologie de son premier âge. Cependant, les tibias sont légèrement convexes en dedans, la tête, et plus particulièrement la face présentent les stigmates du rachitisme. Le bassin est vicié. Il paraît généralement petit. L'angle sacro-vertébral et la face antérieure du sacrum sont facilement atteints. Diamètre P.S.P. 11 centimètres. L'enfant se présente par le sommet en O I.D.T. Je ne pense pas nécessaire de provoquer prématurément l'accouchement.

Le 28 mai, à 7 heures du matin, les membranes se rompent spontanément, et prématurément, et laissent s'écouler en abondance un liquide amniotique jaunâtre et épais. Les premières contractions du travail se font sentir le 31 mai, à 9 heures 1/2 du soir ; elles continuent sans interruption toute la nuit, et amènent lentement une dilatation qui n'est complète que le lendemain, 1er juin, à 6 heures du soir. Une heure plus tard, les bruits du cœur s'étant ralentis, M. Leriche, interne du service, fait une application de forceps, mais ne peut engager la tête

qui n'est qu'amorcée au détroit supérieur. Prévenu, j'essaye à mon tour d'extraire le fœtus, mais malgré une prise solide et des tractions énergiques et longtemps soutenues, je ne puis y parvenir. Je perfore alors la tête, très ossifiée, avec le perforateur alésoir du basiotribe, et je procède ensuite au double broiement de la tête. Le basiotribe l'engage peu à peu dans l'excavation, et bientôt l'amène au dehors, mais les épaules ne s'engagent pas, malgré des tractions énergiques. *J'introduis alors l'index droit dans le creux axillaire gauche du fœtus, et j'exerce avec lui une légère traction sur l'extrémité supérieure de l'humérus. Je sens un craquement sec et le bras plié en deux s'abaisse sans difficulté.* Il me suffit alors de tirer légèrement sur la tête et à la fois sur le bras gauche pour entraîner la partie supérieure du thorax à travers le bassin et achever l'extraction du tronc du fœtus.

Délivrance artificielle. Suites de couches compliquées par une phlegmatia alba dolens peu grave. La malade quitte l'hôpital, guérie, le 14 août 1885.

Observation XXIV. — Ribemont-Dessaiggnes (*Annales de gynécologie*, nov. 1887.) — *Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien*, 9 *cent* 1/2. *Présentation du sommet. Tentatives infructueuses d'extraction à l'aide du forceps. Mort de l'enfant. Basiotripsie. Guérison.*

La nommée S..., femme L .., âgée de 27 ans, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service du Dr Ribemont-Dessaignes, le 23 juin 1886, à 8 heures 1/2 du matin.

Cette femme est enceinte pour la quatrième fois. La première grossesse s'est terminée par un avortement au deuxième mois, la deuxième par un accouchement spontané d'un enfant vivant. Son troisième accouchement a été artificiel. La femme L..., ne put donner aucun renseignement sur la nature de l'intervention ; l'enfant est mort.

Actuellement elle est à terme, et en travail depuis vingt heures. L'enfant paraît volumineux. Il se présente par le sommet en O.I.G.T.

On arrive facilement sur l'angle sacro-vertébral. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 9 c. 1/2. Dilatation complète.

La tête est retenue au-dessus du détroit supérieur. Les membranes rompues depuis 5 heures du matin ont permis la formation d'une énorme bosse séro-sanguine.

L'auscultation ne permet d'entendre en aucun point les bruits du cœur fœtal.

Les contractions utérines sont rares et peu intenses.

A 8 h. 1/2, l'interne du service fait sans succès deux applications de forceps.

A 9 h. 1/4, M. Ribemont-Dessaignes fait à son tour une application de forceps, mais voyant qu'une traction modérée ne peut engager la tête, et en raison de la certitude que l'on a de la mort du fœtus, il renonce bien vite au forceps et applique le basiotribe.

L'opération se fait très régulièrement et la tête est amenée, sans peine, au dehors ; *mais malgré des tractions énergiques et soutenues, il est impossible d'engager le tronc. M. Ribemont-Dessaigne va à la recherche du membre supérieur qui se trouve en arrière, fracture l'extrémité supérieure de l'humérus, et abaisse, puis dégage le bras. Il est dès lors très facile, en exerçant à la fois sur le cou et sur ce bras des tractions modérées, d'extraire le tronc et de terminer ainsi l'accouchement.*

L'opération a duré 20 minutes.

La délivrance suit de près la sortie du fœtus.

La tête est complètement broyée.

Le fœtus mesure 55 centimètres et pèse 3660 grammes sans la matière cérébrale.

Suites de couches heureuses.

La malade quitte, sur sa demande expresse, l'hôpital le 1er juillet.

Observation XXIV (inédite. Extraite des registres de la Maternité de Beaujon). — *Bassin vicié. Sommet. Basiotripsie. Guérison.*

Laure Lécluse, 33 ans, concierge, entre dans le service de M. le Dr Ribemont-Dessaignes à l'hôpital Beaujon, le 17 octobre 1887 à 3 heures du matin. C'est une primipare à terme (dernières règles 8 janvier) dont le bassin mesure 10 centim. dans son diamètre promonto sous-pubien.

Les membranes se sont rompues spontanément le 10 octobre à 10 heures du soir, mais les douleurs ne sont devenues fortes que le 12 octobre vers 11 heures.

A son entrée, le fœtus, qui présente le sommet en O.I.D.P, est mort et putréfié. La malade paraît épuisée, le travail dure en effet depuis plusieurs jours.

L'interne du service tente, sans résultat, deux applications de forceps. M. Ribemont-Dessaignes prévenu arrive aussitôt et fait une basiotripsie à 9 heures 1/2 du matin. L'opération se fait très régulièrement et la tête est amenée sans peine au dehors; *mais il est impossible de dégager le tronc. M. Ribemont-Dessaignes va à la recherche du membre supérieur situé en avant, casse l'humérus, abaisse et dégage le bras. Des tractions modérées, exercées à la fois sur le cou et sur le bras, permettent d'extraire facilement le tronc et de terminer l'accouchement.*

Délivrance naturelle à 9 heures 50.

Le fœtus du sexe masculin, pèse 2740 gr. sans la matière cérébrale.

Suites de couches heureuses; un peu de fièvre cède à l'emploi d'injections intra-utérines et la malade sort complètement rétablie le 25 octobre 1887.

Observation XXV (résumée).— Bar. *Recherches expérimentales et cliniques pour servir à l'histoire de l'embryotomie céphalique*, p. 263. — *Bassin rachitique. Sommet. Basiotripsie. Fracture de l'humérus.*

V..., primipare, à terme, en travail depuis deux jours. Bassin rachitique, dont le diamètre antéro-postérieur ne mesure au détroit supérieur que 7 centim. 5. Dilatation complète, tête fléchie en O.I.D.T., au-dessus du détroit supérieur. Enfant mort.

Application du basiotribe assez difficile. Broiement pénible.

« La rotation effectuée, il me fallut exercer de fortes tractions pour l'extraire; j'éprouvai de sérieuses difficultés pour extraire le tronc; car le segment inférieur était si étroitement appliqué sur le tronc fœtal, que les tractions exercées sur la tête dans le but d'engager le tronc, dont les diamètres se présentaient cependant d'une manière favorable au détroit supérieur, avaient pour effet d'attirer en masse, tronc fœtal et utérus. Quand j'introduisis les doigts pour abaisser les bras, je pus difficilement les glisser jusqu'au coude, mais le fœtus était tellement serré que je ne pus les abaisser. Je me bornai à tirer dans l'aisselle avec le doigt plié en crochet. Le bras s'étant fracturé, s'abaissa et le bras antérieur fut dès lors moins difficilement abaissé. »

Suites de couches régulières.

Dans les deux observations suivantes, il fut impossible d'introduire le doigt dans l'aisselle, et l'on dut se servir d'un crochet mousse pour dégager le bras.

Observation XXVI (résumée). — Benedicke. *Zeitsch. f. Geburtsch.* Arch. gyn., 1878.

K..., 25 ans. Primipare assez forte. Grande sensibilité des organes génitaux externes, rapports sexuels très douloureux.

Premières douleurs le 2 février.

Écoulement de liquide amniotique dans la nuit du 2 au 3 février.

Amenée à la policlinique le 3. Examen très difficile : vaginisme très prononcé ; cependant on constate que la dilatation est presque complète, que la tête est profondément engagée. Contractions énergiques du vagin, surtout de sa paroi postérieure qui est dure et tendue. Injection de morphine et opium.

Contractions utérines fortes, mais inefficaces : la tête repose sur le plancher du bassin sans avancer.

4 février. Malade très épuisée. Chloroforme. Application de forceps assez facile, mais tension des muscles du plancher pelvien, surtout du releveur. Malgré des tractions puissantes et répétées, il est impossible de dégager la tête qui n'avance pas d'un centimètre. Perforation au trépan. Crânioclaste appliqué sur le front.

« L'extraction de la tête fut encore très difficile ; elle sortit lentement en se dégageant suivant sa longueur, comme si elle avait passé à travers un bassin généralement rétréci. On rencontre de semblables difficultés pour opérer le dégagement des épaules. Malgré de fortes tractions exercées sur la tête, elles ne s'abaissèrent pas : l'introduction du doigt dans l'aisselle placée en arrière fut presque impossible à cause de la résistance des parties molles. On finit par réussir avec le crochet mousse à amener le bras droit au dehors et en exerçant sur lui des tractions à compléter la sortie du fœtus. »

Délivrance par expression.

Suites de couches presque normales.

Observation XXVI (résumée). — Desmontils. Th. Bordeaux, 1887. — *Rétrécissement du bassin. Céphalotripsie. Arrêt du tronc après la sortie de la tête et fracture du bras postérieur pour l'extraction.*

20 janvier 1887. X..., 20 ans, primipare à terme. En travail

depuis 4 jours. 5 tentatives d'application de forceps et 3 gr. de seigle ergoté en ville.

A son entrée, vulve et vagin dilacérés.

Sommet engagé en D.A.

Application de forceps. Tractions sans résultat. Sans désarticuler, perforation du crâne avec le perforateur Blot ; de nouvelles tractions sont faites en vain.

2 applications du céphalotribe Bailly qui amènent la tête à la vulve.

« Continuant à me servir du céphalotribe comme appareil de traction pour tenter l'extraction du tronc, ces tractions furent faites avec prudence, de peur de produire la décollation ; mais elles n'eurent aucun résultat, qu'elles fussent faites à l'aide du céphalotribe ou avec une serviette entourée autour du cou du fœtus. Les craintes de décollement étaient d'autant plus fondées que le cou du fœtus présentait la teinte brun verdâtre de putréfaction. L'épaule antérieure était arc-boutée sur le pubis, la postérieure très élevée pouvait à peine être atteinte. Le doigt reconnaissant le creux de l'aisselle, mais ne pouvant l'accrocher, j'eus alors recours au crochet mousse, qui, guidé par ma main gauche, put être assez facilement introduit dans l'aisselle. Les tractions à l'aide de ce crochet abaissèrent cette épaule et bientôt je pus au crochet substituer mon index et en brisant l'humérus, je pus dégager le bras postérieur. En exerçant des tractions en même temps sur la tête et sur le bras dégagé, je réussis non sans peine, à extraire le reste du tronc. »

Le fœtus putréfié n'a été ni mesuré, ni pesé.

Les manœuvres ont duré 2 heures.

Mort. Le diamètre utile était de 7 1/2 à 8 centimètres.

Nous rapportons enfin les deux observations qui nous ont engagé a entreprendre ce travail. La basiotripsie n'a pas été faite, mais il a fallu employer, pour l'extraction du tronc, la manœuvre de M. Ribemont-Dessaignes.

Observation XXVII (personnelle). — *Anencéphale. Présentation de la face en M.I.D.A. Dystocie due à l'excès de volume des épaules. Extraction artificielle. Fracture de l'humérus.*

Pernolet, 35 ans, IIIpare, journalière, entre dans le service de M. Ribemont-Dessaignes le 26 mars 1890, à 3 h. du soir.

Réglée depuis l'âge de 18 ans, elle est accouchée 2 fois à terme d'enfants vivants et bien conformés.

Ses dernières règles datent du 21 avril et pendant tout le cours de sa grossesse elle n'a éprouvé aucuns malaises, aucuns accidents.

Ses douleurs ont commencé l'après-midi vers 1 h. 1/2.

La palper fait reconnaître le sommet au détroit supérieur, le siège et les petites extrémités au fond de l'utérus et à droite. Le dos est à gauche.

A l'auscultation, on entend très nettement les bruits du cœur sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, ils sont normaux comme fréquence et intensité.

Au toucher, on trouve le col effacé. La dilatation atteint les dimensions d'une pièce de 2 fr. ; les membranes sont entières. A droite, le doigt sent les globes oculaires et le lobule formé par le nez. A gauche, il existe une tumeur molle, lisse, séparée par des sillons assez profonds. Lorsque le doigt atteint cette tumeur, le fœtus exécute aussitôt des mouvements désordonnés. Nous posons le diagnostic de présentation de la face chez un anencéphale.

La dilatation est complète à 8 h. du soir ; on rompt artificiellement les membranes et il s'écoule une petite quantité de liquide amniotique. Sous l'influence de quelques contractions, la tête apparaît à la vulve et en franchit l'orifice assez facilement, mais elle y reste pour ainsi dire collée, le menton appliqué sur le pubis et regardant directement en haut. Malgré les plus violents efforts de la malade, la rotation externe ne se fait pas ;

la tête ne bouge pas. Prenant alors point d'appui sur le menton et sur ce qui reste de la nuque, nous exerçons sur le cou quelques tractions, qui ont pour effet d'éloigner le menton de la symphyse. La rotation externe se fait en même temps. Mais malgré les tractions exercées sur le cou, la tête n'avance plus. Nous ne réussissons pas à dégager l'un ou l'autre bras. Cependant le fœtus fait quelques mouvements respiratoires, qui s'arrêtent bientôt ; les bruits du cœur cessent d'être entendus.

M. Ribemont-Dessaignes prévenu arrive aussitôt. *Ne parvenant pas à atteindre le coude pour dégager un bras, il glisse les deux index derrière le pubis, atteint l'aisselle antérieure et lorsque ses deux doigts se sont rencontrés de manière à former une anse, il tire l'humérus en bas, en même temps qu'il l'éloigne du tronc. Un petit craquement, et l'humérus est brisé. Il s'est formé au membre supérieur une nouvelle articulation qui lui permet de se dérouler derrière le pubis et d'être amené au dehors. Se servant de ce bras et de la tête comme moyen de traction, M. Ribemont-Dessaignes termine facilement l'extraction.*

Le fœtus est un anencéphale type du sexe masculin. Il pèse 3800 gr. et mesure 53 cent. Le diamètre biacromial est de 12 cent. 1/2 et la circonférence de 38 cent. Le bras fracturé étant relevé sur les côtés de la tête, le diamètre perd 18 millim. et la circonférence près de 6 cent. Suites de couches normales.

Observation XXVIII (personnelle). — *Anencéphale. Présentation de la face. Application de forceps. Fracture de l'humérus pour l'extraction du tronc.*

Leroy, 31 ans, entre dans le service de M. Ribemont-Dessaignes, à l'hôpital Beaujon, le 29 juin 1890, à 10 heures 1/2 du soir.

Cette femme qui s'est toujours bien portée est accouchée spontanément trois fois à terme d'enfants bien conformés ; de plus, elle a fait un avortement de trois mois.

Une sage-femme de la ville qui l'accompagne, nous apprend qu'elle est à terme (en effet, ses dernières règles sont apparues le 8 août 1889), que le travail a débuté la veille, à 2 heures du matin, que la dilatation était complète vers midi, mais que la partie fœtale qui se présentait, le siège, disait-elle, n'avançait pas, et que, depuis deux heures, les douleurs étaient de moins en moins vives, et de moins en moins fréquentes.

Nous procédons alors à l'examen obstétrical. Le palper est assez difficile. Les parois abdominales sont distendues, et l'utérus paraît contracté sur le fœtus ; cependant, nous arrivons à sentir une grosse extrémité au niveau du détroit supérieur ; une autre occupe le fond de l'utérus, elle ne ballotte pas, ne présente ni la forme ronde et lisse, ni la consistance de la tête; de plus, elle est accompagnée de petites extrémités, c'est un siège.

L'auscultation pratiquée avec grand soin, ne révèle nulle part les bruits du cœur fœtal; on les entendait encore, paraît-il, au début du travail.

Au toucher, la dilatation est complète ; le doigt arrive au milieu de l'excavation, sur deux petites tumeurs mollasses, réunies par une espèce de raphé donnant à un examen superficiel l'apparence de bourses œdémateuses ; mais, continuant l'examen, nous trouvons qu'elles reposent sur un plan osseux, assez irrégulier, mais ne ressemblant en rien à un sacrum.

En avant et à droite, on rencontre les globes oculaires, et plus loin, le nez ; la bouche ne peut être atteinte.

De plus, en contournant la partie qui se présente, on sent manifestement deux oreilles situées aux deux extrémités d'un même diamètre. Nous portons alors le diagnostic d'anencéphale mort, se présentant par la face.

Il y a un degré d'inertie utérine, cependant la tête ne paraît nullement serrée, puisqu'on peut en faire le tour avec le doigt, et le bassin paraît normal.

Devant ces constatations, à 11 heures nous décidons de terminer l'accouchement avec le forceps. L'application des branches et leur articulation est très facile, mais après quelques trac-

tions le forceps glisse, et nous le réappliquons en tâchant, cette fois, de saisir le diamètre bimalaire qui, paraissant le plus long, doit offrir une meilleure prise.

Cette fois la tête bien saisie, descend et se dégage à la vulve.

Il n'y a pas de circulaire du cordon et cependant la tête reste appliquée contre la vulve malgré les efforts de la malade, quelques tractions sont faites sur la tête en la saissant par le menton et par l'occiput, mais rien ne bouge.

Il doit donc exister au delà un obstacle qui empêche l'accouchement de se terminer.

Nous rappelant l'observation précédente où l'excès de volume des épaules avait été une cause de dystocie, nous nous décidons à suivre le même procédé opératoire. *Un doigt est passé assez difficilement en crochet dans l'aisselle antérieure, la plus accessible. L'humétus est tiré en bas en même temps qu'éloigné du tronc, il se fracture et le bras est dégagé. Dès lors l'accouchement se termine facilement ; le diamètre biacromial s'engage obliquement et quelques tractions exercées simultanement sur la tête et le bras dégagé, permettent d'achever rapidement l'extraction*; c'est une fille anencéphale morte, dont l'épiderme commence par places à se détacher, surtout au pourtour de l'ombilic.

Elle pèse 3,400 grammes.

La longueur est de 50 centim. 1/2.

Diamètres de la tête :

Bitemporal, 6 centim. 1/2; bimalaire, 7; bimastoïdien, 6 centim. 1/2 ; occipito-mentonnier, 9 1/2.

La circonférence acromiale mesure 37 centim. 1/2 et le diamètre biacromial 12,7.

On voit qu'en relevant sur les côtés de la tête, le bras qui a été fracturé, le diamètre perd 2 centimètres et la circonférence 5 centim. 5.

Délivrance naturelle 15 minutes après.

Suites de couches normales.

La malade sort le 29 juin.

Les expériences et la clinique viennent donc confirmer ce que nous avons avancé. Autrefois, en face d'un rétrécissement extrême, on se demandait toujours au début de l'opération, comment elle finirait. Aujourd'hui, on peut l'aborder avec assurance. Avec le basiotribe, il est toujours possible de broyer la tête et de l'extraire, et si les épaules ne suivent pas, la manœuvre de M. Ribemont-Dessaignes permet d'extraire facilement le tronc.

Aussi, terminerons-nous en disant avec M. le professeur Pinard : « Si Jacquemier a démontré que là où la tête a passé, le tronc ne passe pas toujours, M. Ribemont-Dessaignes nous a démontré que là où les épaules passent, le tronc passe toujours et il nous a donné le moyen de faire passer les épaules. »

CONCLUSIONS

I. — Les épaules peuvent être une cause de dystocie qui se manifeste soit avant, soit après l'expulsion de la tête.

II. — Lorsque la tête est encore dans l'excavation, la seule indication est une application de forceps, pour en pratiquer l'extraction. Si elle ne réussit pas, la basiotripsie seule pourra terminer l'accouchement.

III. — Lorsque la tête est dégagée, si l'enfant est vivant, il faut, pour pouvoir dégager le tronc, engager successivement chaque épaule par des tractions sur la tête ou sur les aisselles, ou mieux en dégageant un seul ou les deux bras.

IV. — Après la basiotripsie, la manœuvre de Ribemont-Dessaignes, qui consiste à engager successivement les épaules par la déflexion des bras et à exercer des tractions simultanées sur la tête et sur les bras dégagés, est la pratique la meilleure : elle est inoffensive pour la mère et a toujours été suivie de succès, lorsqu'elle a été bien faite.

V. — Le procédé de déflexion des bras indiqué par M. Ribemont-Dessaignes, peut s'appliquer aussi bien après la basiotripsie, que lorsque l'enfant est vivant. La fracture de l'humérus n'est pas grave.

VI. — Dans les présentations du siège, on peut dégager de la même manière les bras relevés et terminer ainsi rapidement l'extraction.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,
PINARD

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE